# SEVENTEENTH ANNUAL REPORT OF THE CHIEF CORONER

## PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

FOR THE PERIOD

JANUARY 1 TO DECEMBER 31, 1988

78-3913 (3/89)

# SEVENTEENTH ANNUAL REPORT

# OF THE CHIEF CORONER

# PROVINCE OF NEW BRUNSWICK

For the Period January 1 to
December 31, 1988

CORONERS BRANCH

DEPARTMENT OF THE SOLICITOR GENERAL

DEPARTMENT OF THE SOLICITOR GENERAL

MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

NEW BRUNSWICK
NOUVEAU-BRUNSWICK
CANADA

The Honourable Conrad Landry
Solicitor General
Fredericton
Province of New Brunswick

Dear Sir:

Pursuant to Section 43 of the Coroners Act, I have the honour to submit the Seventeenth Annual Report of the Chief Coroner for the period January 1, 1988, to December 31, 1988.

Yours very truly,

JOHN H. EVANS
Chief Coroner
Province of New Brunswick

## TABLE OF CONTENTS


| | | PAGE |
|---|---|---|
| (A) | **HISTORICAL BACKGROUND** | 1 |
| | Origin of the Office of the Coroner | 1 |
| | Development of the Office in Medieval and Modern Times | 3 |
| | Canadian Situation | 6 |
| (B) | **THE NEW BRUNSWICK SYSTEM** | 8 |
| | Organizational Structure | 8 |
| | Notification Requirement | 9 |
| | Investigative Capacity of Coroners Branch | 10 |
| | Purpose of Coroner's Investigation | 11 |
| | The Inquest Decision | 12 |
| | Summary | 13 |
| (C) | **STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS** | 14 |
| | Schedule "A" - Total Deaths Reported | 15 |
| | Schedule "B" - Accidental Deaths | 15 |
| | Schedule "C" - Suicides - Judicial District/Sex/Age | 16 |
| | Schedule "D" - Suicides - Method/Sex/Age | 17 |
| | Schedule "E" - Domestic Homicides - By Judicial District | 18 |
| | Schedule "F" - Comparative 1978 - 1987 | 19 |
| (D) | **SUMMARY OF INQUEST AND RECOMMENDATIONS** | 20 |

## (A) HISTORICAL BACKGROUND

### Origin of the Office of the Coroner

The office of the coroner is one of the oldest institutions known to English law (ranking in antiquity only behind the Monarch and the sheriff) and its true origin has been much debated. The first written references to the office occurred during the reign of King Alfred (871 - 910 A.D.). However, the historical development of the office can with greater certainty be traced back to a period close to the time of the Norman Conquest when the coroner, under the new regime, came to have an important role in the administration of justice. The changing functions of the office reflect the evolution of English legal and constitutional history over the course of a thousand years.

One of the early functions of the office was to enquire into sudden and unexpected deaths. Initially in this, as in other functions, the primary responsibility of the office was to protect the financial interest of the Crown. It was the duty of the coroner to establish the facts relating to the death - if the body was that of a Norman (as opposed to the native Anglo-Saxons) a levy was payable to the Crown. The coroner used a jury to enable him to ascertain this and to determine whether foul play was involved in the death; if so, the town or village was liable for an

... 2

additional fine if no felon could be found responsible for the death. On the other hand, should the felon be apprehended and convicted his entire goods and possessions were forfeited to the Crown upon seizure by the coroner. Also, failure of the first finder to notify the local authorities of dead bodies, and of those authorities, in turn, to notify the coroner, resulted in special fines levied by the Crown on the whole town for breach of duty. This particular function of the office of coroner (to determine the facts surrounding a death), as modified throughout the years, survives as the basis for all coroner systems which are presently existing in common law jurisdictions.

Other duties of the offices of the coroner were mainly administrative and are now only of academic interest; he kept the Crown's records in relation to the criminal courts; he collected and guarded the "chance" revenues falling to the Crown - in particular, deodands, wrecks, royal fish and treasure trove as well as the forfeited property of convicted felons mentioned above; he heard the swearing of adjurations of those persons who had fled to sanctuary; he also served as a check upon the fiscal activities of the sheriff and was required to act for the sheriff whenever the latter was incapacitated by interest or default.

The varied and changing historical duties of the office of coroner are reflected in the origin of the word "coroner" which is said to have come from the Anglo-French word for Crown -

... 3

"corouner". However, the precise designation of the officer appears to have varied from time to time. In the reign of Richard the First he was called "coronarius", in that of John, "coronator", because he originally had custody of the rolls of the pleas of the Crown. According to Sir Thomas Smith in 1583 the name of the office came from the word "crowner" or "coronator" because "the death of every subject by violence is accounted to touch the Crowne, and to be a detriment to it..." - in other words, the coroner, however spelled and pronounced, was in effect the local representative of the Crown. It is of interest to note that while the word "coroner" (as it is presently spelled) first appeared in the fourteenth century, the name "crowner" is used to this day in the north of Ireland and vulgarly in some parts of England.

**Development of the Office in Medieval and Modern Times**

The history and development of the office of coroner can best be illustrated by references to English legislation.

Article 20 of the Article of Eyre (1194) provided for the election in every county of England of three knights and one clerk as "keepers of the pleas of the Crown". The coroner had to be a resident of the county or the borough for which he was elected locally. His other qualifications was his wealth, which was probably seen as a form of insurance against the possibility of

... 4

misbehaviour, in the event of which his lands or possessions could be confiscated by the King. As the office was unpaid until 1487 prestige of the office and public service appear to be the motivating factor for seeking the office in the early days. The coroner took his oath of office before the sheriff, had county jurisdiction and tenure for life during good behaviour. He could however, lose his post if appointed to the office of sheriff.

In 1276 during the reign of Edward I the statute known as De Officio Coronatonis was proclaimed. In it the duties of the coroner were set forth as they applied to the inquisitorial procedure: that upon being summoned by the bailiff or any honest man, the coroner should go to where there was dead ... once there he would command the men from four neighbouring towns to appear before him as the jury to give evidence under oath. This statute expressed, for the first time, the basic questions requiring satisfaction where an unnatural death is under investigation. In the ensuring seven hundred years, no improvement has been made upon them and they remain: "who was the deceased? How, when, where and by what means did he die?"

In 1361 with the statutory creation of justices of the peace, the long decline of the role of the coroner in criminal proceedings began. Other means were found to secure the Crown revenue and the financial duties of the office of the Crown official

... 5

were also eroded. Later by statute in 1487 a fee was established to be paid by the coroner for each inquest in sudden and unnatural deaths. Because the coroner was less than popular with the justices (who had replaced him in criminal matters) the justices usually paid coroners the statutory minimum with the result that only unskilled lawmen tended to accept the position. Complaints were common that coroners would hold unnecessary inquests merely to support their meager income. Surprisingly, the office of coroner not only survived under such adverse circumstances but re-emerged during the industrial revolution to a new position of importance. This re-emergence was due in large part to the increasing incidence of sudden and unnatural death. As well, while the justices of the peace had taken over the cases of overt homicides, cases of suicides and covert homicides continued to be dealt with by the coroner's inquisition.

With the addition in England in 1836 of a statutory provision that allowed for the coroner to make payment for expert medical testimony, the capacity to detect covert homicide increased through the coroner's ability to order post-mortem examination of the deceased. As a medico-legal investigator, the coroner won back some of his lost status in criminal proceedings and by virtue of close access to medical expertise, the foundation for the present system was laid in England. The gain in status was supported in 1860 when a law was enacted abolishing the fee system and

... 6

establishing salaries for county coroners. A further development occurred in 1887 with the passage of legislation requiring inquests to be conducted whenever the coroner had reasonable cause to suspect that violence or unnatural factors had resulted in a death or where the cause of death was unknown. Moreover in 1888, election of coroners in England was discontinued and a system of coroner appointments was instituted.

Subsequent changes in the English system came as follows in 1926 part of the criminal jurisdiction of the office was removed by the provision that the coroner adjourn his inquest in cases of murder, manslaughter or infanticide should charges be laid. Also mandatory requirements for inquests in all cases of which the cause of death was unknown were abandoned. In 1977 the jurisdiction of the coroner was further limited as the power to find a verdict of murder, manslaughter or infanticide was removed which negated the common law right of a coroner to commit for trial.

**Canadian Situation**

The institution of the common law coroner was early transplanted from England to North America with the result that every province and state has some type of modified coroners system.

The office of coroner was received in Canada as part of the common law system before conceptual changes which transformed

... 7

the coroner system in England had taken place. After Confederation provincial coroners were conducting proceedings similar to preliminary hearings in respect to homicide. Notwithstanding that the indictment function of the coroner's inquest was abolished in 1892 by the first Criminal Code, a procedure still exists whereby certain verdicts of a coroner's jury result in the individual named appearing in custody or by means of a recognizance before a magistrate or justice, although in recent years this procedure has been used infrequently.

Each province and territory in Canada presently operates its own sudden death inquiry system. Most provinces have restricted the jurisdiction of the coroner in respect to the finding of criminal or civil liability. Three provinces (Alberta, Nova Scotia and Manitoba) have now established medical examiner systems. Newfoundland has no coroners or medical examiner system as such. In that province all sudden deaths inquiries are held by a judge pursuant to Summary Convictions Act provisions. The remaining provinces and the territories have coroner systems which have all developed and grown, some more, some less, out of the institution of the common law coroner.

While New Brunswick coroners retain the "jurisdiction, powers and authority of coroners at common law" and courts have ruled that the Charter of Rights has not diminished the effect of section 44 of the Coroners Act in respect to procedure, Re Gregoire and the District Coroner for Campbellton, a decision of

... 8

Godin, J., May 2, 1988, effectively has limited the scope of the inquiry and particularly the verdict.

An inquest is not a forum to resolve civil disputes, or to conduct prosecutions. An inquest is not a trial and a coroner is not a judge. The proceedings are inquisitional as opposed to accusatory or adversarial. Thus there is no "accused" or "defendant" and no "parties" or "lis". Besides, it is wrong in principle for a public body other than a court to make formal pronouncements respecting the legal responsibility of any person, whether it be in a criminal or civil matter.

Coroners in New Brunswick have been instructed to protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased and to ensure that the coroner's jury has not expressed any conclusion of civil or criminal responsibility or named any person or persons responsible for any act or omission which may have contributed to the death.

## (B) THE NEW BRUNSWICK SYSTEM

### Organizational Structure

In New Brunswick the Coroners Branch, for organizational and administrative purposes, falls within the Department of the Solicitor General. Supervision of the system is the responsibility of the Chief Coroner, located in

... 9

Fredericton, who is also assisted by a Deputy Chief Coroner and three Regional Coroners directly responsible for all coroner activities within designated geographical areas and located in Campbellton, Moncton and Fredericton. In addition, all sheriffs and deputy sheriffs are ex-officio coroners although not all are utilized as coroners within the system. At present, 37 full-time employees of the Sheriffs Branch function as coroners. A number of lay coroners are also appointed who act on a nominal fee for service basis and are a necessary retention of the old Coroner's System which before 1971 was serviced completely by lay coroners. Of the 15 lay coroners, 6 are medical practitioners, which before the availability of highly qualified and competent pathologists within the Province, was of great advantage to the system. The lay coroners continue to provide an excellent service in the communities in which they serve.

**Notification Requirement**

In New Brunswick the only death exempt from notification to a coroner is one where the person dies of disease or sickness while under treatment of a duly qualified medical practitioner (as long as the death: i) did not occur during or as a result of pregnancy; ii) was not sudden and unexpected; and iii) was not under circumstances which may require an investigation). The Coroners Branch is responsible for the investigation of all

... 10

reported deaths in order to determine for each case the identify of the deceased and the facts as to how, when, where and by what means the deceased came to his death. The system, therefore, is a vital part of law enforcement in initially determining whether such reported deaths are due to natural causes, accident, suicide or homicide.

**Investigative Capacity of Coroners Branch**

For investigational purposes the Coroners Branch has available on request the services of the Royal Canadian Mounted Police (including the facilities of the Forensic Laboratory in Sackville), municipal police, and the N.B. Highway Patrol acting within their respective jurisdictions. Also as a number of reported deaths involve elements of criminality the investigation sometimes is a combination of coroners and police responsibility and requires a close liaison between the two agencies. Also available to the Coroners Branch are the services of pathologists located at Regional Laboratories situated at Fredericton, Saint John, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston and Woodstock and also the services of the Provincial Toxicologist located at Saint John.

In addition two pathologists located in the Regional Laboratory in Saint John agreed to provide a centralized forensic pathology service for the Coroners Branch commencing January 1,

... 11

1982. The identification of a death as a "Type II" case which needs the special consideration of a forensic pathologist now results in the utilization of the forensic service mentioned above. A "Type II" case requires that the body be transported to the Saint John Laboratory for the autopsy. The forensic pathologist acting is also available to the coroner's service and the police agency to visit the death scene, if necessary. Both pathologists acting in that capacity have for many years demonstrated their high degree of interest in forensic pathology and their expertise in acting as expert witnesses both at inquests and criminal trials.

**Purpose of Coroners Investigation**

The purpose of the coroners investigation has changed over the years. For many years the major emphasis was directed towards the investigation of the actual medical cause of death to the exclusion of practically all other aspects. Now the medical cause of death is only one of many factors to be considered. The non-medical factors causing death are equally important and in many cases call for remedial measures to correct conditions hazardous to public safety. Therefore, it is sometimes necessary for the coroner to order an inquest into the death although the cause of death is known.

... 12

**The Inquest Decision**

One of the more difficult decisions a coroner has to make is whether or not to hold an inquest. In early times, the inquest was part of the function of the coroner in every case he investigated. Gradually, the common law developed to the point where the decision was in the discretion of the coroner.

Local coroners, the Chief Coroner or the Solicitor General in some circumstances, may order an inquest into a death. The holding of an inquest has the effect of drawing public attention to the many contributing causes of accidental and violent deaths. It is also an important vehicle in causing attention to be focused on situations where remedial action may be taken to prevent similar occurrences in the future. To this end coroners have been encouraged to carefully consider all circumstances surrounding accidental and violent deaths, with the view to holding an inquest if any useful purpose will be served by doing so. It is expected that the Coroners Jury make recommendations directed toward the avoidance of death in similar circumstances where appropriate.

The Chief Coroner is responsible for bringing the findings and recommendations of Coroner's Juries at inquests to the attention of appropriate persons, agencies and departments of governments. Although the Chief Coroner has no authority to

... 13

force any person or organization to implement recommendations, a number are in fact implemented in some way. No doubt this is due to the fact that the organization affected would find itself in a most embarrassing position if a second death occurred under similar circumstances, without having remedied the situations which caused the first fatality.

**Summary**

The Coroners Branch investigates from 35 to 40 percent of the total of approximately 5,000 yearly deaths in the Province. A high percentage of the investigated deaths are determined to be from natural causes. Autopsies are ordered by the coroner in approximately 40 percent and inquests are ordered in about one percent of all investigated deaths. More than 90 percent of investigated deaths are now conducted by ex-officio coroners who are full-time employees of the Sheriffs Branch.

Appreciation is expressed to all law enforcement agencies and all other related agencies involved who have through the year cooperated and assisted in the investigations which have been processed through the Coroners Branch. Also gratitude is expressed to all coroners who have shown, once again, a high level of dedication and professionalism, frequently under adverse conditions.

... 14

## (C) STATISTICAL SUMMARY OF INVESTIGATED DEATHS

Beginning January 1, 1987 deaths reported to and investigated by the Coroners Branch have been classified in five distinct categories: accidental, suicide, homicide, natural and undetermined.

The **accidental** category covers all accidental deaths including all deaths involving motor vehicles where there is no obvious intention to cause death to another person. For example, if a person is intoxicated and drives with criminal negligence causing death the coroner's classification will be accidental.

The **suicide** category covers all cases of obvious suicide.

The **homicide** category covers all cases of homicide except where a motor vehicle is involved and there is no obvious intention to cause death to another person.

The **natural** category covers all deaths by disease or natural causes.

The **undetermined** category covers any death where it is impossible to determine whether the death was accidental, suicide, homicide or natural. Coroners are instructed to make all possible efforts to classify deaths in one of the other categories before considering this category. An example of a difficult case which might fall in this category is that of drug overdose where it is impossible to determine whether death was accidental, suicide or homicide.

... 15

As indicated in Schedule "A" hereunder, the total number of deaths reported to and investigated by the Coroners Branch in 1988 was 1,888, of which 1,483 were found to have occurred as a result of natural causes.

SCHEDULE "A" 1988

| Classification | No. of Deaths | Autopsy Performed |
|---|---|---|
| Accidental | 280 | 203 |
| Suicide | 111 | 107 |
| Homicide | 12 | 12 |
| Natural | 1,483 | 467 |
| Undetermined | 2 | 1 |
| TOTAL | 1,880 | 790 |

In Schedule "B" hereunder the 280 deaths classified as accidental are further classified to indicate the manner of death.

ACCIDENTAL DEATHS - SCHEDULE "B" - 1988

| Manner | Number | Autopsy Performed |
|---|---|---|
| Motor Vehicle | 126 | 79 |
| Motor Cycle | 20 | 17 |
| Recreational Wheeled Vehicle | 7 | 7 |
| Snowmobile | 3 | 3 |
| Bicycle | 5 | 3 |
| Pedestrian | 19 | 12 |
| Aircraft | 7 | 7 |
| Agricultural | 2 | 1 |
| Industrial | 8 | 4 |
| Fire | 18 | 15 |
| Weapon | 2 | 2 |
| Drug | 4 | 4 |
| Hanging | 1 | 1 |
| Drowning | 28 | 22 |
| Crib Death | 14 | 12 |
| Other | 16 | 14 |
| TOTAL | 280 | 203 |

In Schedule "C" hereunder the 111 deaths by suicide are further classified to indicate sex, age and Judicial District of death.

## S U I C I D E S

### SCHEDULE "C" - 1988

| JUDICIAL DISTRICT | 0-19 M | 0-19 F | 20-30 M | 20-30 F | 31-40 M | 31-40 F | 41-50 M | 41-50 F | 51-60 M | 51-60 F | 61-70 M | 61-70 F | OVER 70 M | OVER 70 F | TOTAL MALE | TOTAL FEMALE | TOTAL FOR DISTRICT | PERCENTAGE OF SUICIDES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| BATHURST | 1 | | 1 | | 1 | 4 | 2 | 1 | | | | 1 | | | 5 | 6 | 11 | 9.9 |
| CAMPBELLTON | 2 | | 2 | | 2 | | 5 | | 2 | 1 | 1 | | 3 | | 15 | 1 | 16 | 14.4 |
| EDMUNDSTON | 2 | | 3 | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 3 | | 10 | 1 | 11 | 9.9 |
| FREDERICTON | | | 3 | | 1 | 3 | 1 | | | | 1 | | 1 | | 7 | 3 | 10 | 9.0 |
| MONCTON | 3 | | 9 | 1 | 4 | 1 | | | 1 | | 3 | | | | 20 | 2 | 22 | 19.8 |
| NEWCASTLE | 1 | | 1 | | 3 | 1 | 1 | | | | 2 | | 2 | | 10 | 1 | 11 | 9.9 |
| SAINT JOHN | 4 | | 9 | 1 | 3 | 1 | 2 | | 2 | 2 | 1 | | 1 | 1 | 22 | 5 | 27 | 24.3 |
| WOODSTOCK | | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | | | 3 | | 3 | 2.7 |

In Schedule "D" hereunder the methods of suicide are further classified by sex and age.

## S U I C I D E

### SCHEDULE "D" - 1988

| METHOD | 0-19 M | 0-19 F | 20-30 M | 20-30 F | 31-40 M | 31-40 F | 41-50 M | 41-50 F | 51-60 M | 51-60 F | 61-70 M | 61-70 F | OVER 70 M | OVER 70 F | TOTAL MALE | TOTAL FEMALE | TOTAL METHOD | PERCENTAGE OF TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| WEAPON | 6 | | 15 | 1 | 9 | 2 | 6 | | 1 | | 6 | | 4 | | 47 | 3 | 50 | 45.1 |
| HANGING | 5 | | 12 | 1 | 2 | 2 | 4 | | 1 | | 1 | | 3 | | 28 | 3 | 31 | 27.9 |
| DRUG OVERDOSE | 1 | | 1 | | 2 | 5 | 1 | | 2 | 2 | | | | | 7 | 7 | 14 | 12.6 |
| CARBON MONIXIDE POISONING | | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | 1 | | 3 | 1 | 4 | 3.6 |
| DROWNING | 1 | | | | | 1 | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 4 | 5 | 9 | 8.1 |
| OTHER | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | 3 | | 3 | 2.7 |
| TOTAL | 13 | | 29 | 2 | 15 | 11 | 11 | 1 | 7 | 3 | 9 | 1 | 8 | 1 | 92 | 19 | 111 | |
| MALE | 13 | | 29 | | 15 | | 11 | | 7 | | 9 | | 8 | | 92 | | | |
| FEMALE | | | | 2 | | 11 | | 1 | | 3 | | 1 | | 1 | | 19 | | |
| AGE GROUPS | 13 | | 31 | | 26 | | 12 | | 10 | | 10 | | 9 | | | | | |
| PERCENTAGE OF TOTAL | 11.7 | | 27.9 | | 23.4 | | 10.8 | | 9.0 | | 9.0 | | 8.2 | | | | | |

In Schedule "E" hereunder, those deaths classified as homicide which are of a domestic nature are identified by judicial district.

In determining whether a homicide is to be identified as domestic, reference has been made to the broad definition of "family" in the Judicature Act, subsection 11(1.1).

## SCHEDULE "E"

## DOMESTIC HOMICIDES - By Judicial District

| Judicial District | 1988 Number |
|---|---|
| Bathurst | |
| Campbellton | |
| Edmundston | |
| Fredericton | |
| Moncton | 1 |
| Newcastle | |
| Saint John | 2 |
| Woodstock | |
| TOTAL | 3 |

In Schedule "F" hereunder comparative figures for a ten year period from 1978 - 1987 on all accidental and violent deaths are included.

SCHEDULE "F"

1978 - 1987

| | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | AVERAGE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MOTOR VEHICLE | 173 | 210 | 180 | 146 | 176 | 108 | 137 | 84 | 95 | 137 | 121 |
| BICYCLIST | 4 | 5 | 7 | 6 | 2 | 3 | 8 | 2 | 3 | 7 | 4 |
| PEDESTRIAN | 55 | 44 | 43 | 40 | 26 | 17 | 27 | 28 | 24 | 10 | 28 |
| DROWNING | 30 | 42 | 43 | 37 | 33 | 20 | 26 | 30 | 24 | 31 | 32 |
| AIRPLANE | 1 | 5 | 6 | - | 1 | 2 | 2 | - | - | 5 | 2 |
| FARM ACCIDENT | 5 | 5 | 4 | 4 | 8 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| HOMICIDE | 27 | 10 | 10 | 15 | 13 | 10 | 16 | 15 | 14 | 20 | 15 |
| INDUSTRIAL | 13 | 14 | 11 | 7 | 10 | 7 | 15 | 12 | 12 | 8 | 11 |
| SUICIDE | 107 | 90 | 83 | 67 | 91 | 105 | 86 | 83 | 103 | 76 | 89 |
| FIRE | 45 | 27 | 31 | 17 | 16 | 15 | 25 | 27 | 25 | 26 | 25 |
| SUDDEN INFANT DEATH | 21 | 19 | 21 | 17 | 9 | 20 | 20 | 13 | 5 | - | 15 |
| SNOWMOBILE | 11 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| OTHER | 65 | 62 | 79 | 57 | 56 | 33 | 49 | 18 | 26 | 14 | 46 |
| TOTAL | 558 | 541 | 530 | 419 | 444 | 347 | 423 | 320 | 337 | 340 | 426 |

... 20

## (D) SUMMARY OF INQUESTS AND RECOMMENDATIONS

**INQUEST NO. 1**

On February 9 an inquest was held in Sussex into the death of a 50 year old man who died in September of 1987 at Plumweseep, New Brunswick.

The jury found that the death resulted from "multiple fractures received by jumping from a hot air balloon from approximately 45 feet above ground." The manner of death was described as follows: "by hitting high tension wires not visible until pilot was on top of the wires, being left with the only decision to jump."

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Chairman of the New Brunswick Electric Power Commission, the Regional Manager, Canadian Aviation Safety Board, Doug Shippee, licensed hot air balloon pilot, and the President of the Canadian Balloon Association, were as follows:

1) "All power lines be marked with fluorescent markers;
2) Tops of trees be cleared away from power lines;
3) Gondola should have two way radios and have communication and clearance with ground patrol before descending."

In addition, the Chief Coroner made the following recommendation:

... 21

> "Since high voltage power lines are one of the most dangerous obstacles encountered by balloonists, the pilot before making an ascent should thoroughly familiarize him/herself on the location of high voltage power lines in the area of the proposed flight by personally observing the ground/terrain in the area of the proposed flight or examining up to date aerial photographs or topographical maps upon which the locations of high voltage power lines are clearly marked. Such aerial photographs or topographical maps should be obtainable from the New Brunswick Electric Power Commission."

The Chairman of the New Brunswick Electric Power Commission replied that power lines are designed, constructed and maintained in accordance with the applicable safety codes and requirements as set out by the Canadian Standards Association and the Canadian Ministry of Transport. As it is not the requirement of any relevant code to identify power lines with fluorescent markers, the Chairman replied that it is neither necessary nor practical to so mark all power lines. With respect to the second recommendation, details of the formal maintenance program utilized by NB Power can be provided if necessary. The Chairman of the New Brunswick Electric Power Commission also assured the Chief Coroner that NB Power is prepared to assist balloonists in identifying hazards associated with high voltage power lines.

In a press release, the Chief Coroner acknowledged that implementation of the recommendations made by the coroner's jury would greatly assist in reducing the likelihood of the recurrence of a similar accident. However the Chief Coroner also stated

... 22

that safety in the sport of hot air ballooning would be enhanced further if a pilot is familiar with the locations of dangerous obstacles in the area of proposed flight.

**INQUEST NO. 2**

On January 28 an inquest was held in Saint John into the death of a 55 year old woman who died in November of 1987 at a special care home in Saint John.

The jury found that the death resulted from "natural causes". The jurors found that she met her death in the manner following: "She went outside and while there suffered a heart attack causing her to collapse on the front lawn where she died".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of Health and Community Services and the proprietor of the special care home, were as follows:

> 1) " The word "special" in special care home should be well defined, that is guidelines set down. If no "special" care - i.e. out of the ordinary services are provided, then the name special care should be dropped.
>
> 2. More supervision should be given particularly at this home. One person supervising nine residents is an unacceptable ratio.
>
> 3. Attendants should have at least basic first aid training, as well as the CPR course.
>
> 4. There should be regular visits to the home by a qualified registered nurse".

... 23

The Minister of Health and Community Services replied that the "special" in special care home refers to the fact that the residents of such a facility require some form of supervision to help maintain an adequate functioning level. The Minister also replied that the ratio of one primary staff person to supervise nine residents falls within the Department's guidelines and that mandatory CPR training for attendants could be considered in the next regular review of the program standards. In addition, he replied that the responsibility for ensuring residents receive prompt medical attention lies with both the social workers and the owners/operators of the homes, and that all residents have pre-planned access to a physician and public health nursing as required.

**INQUEST NO. 3**

On March 25 an inquest was held in Hampton into the death of a 78 year old man who died in February of 1988, three days following a motor vehicle accident near Quispamsis, New Brunswick.

The Jury found that the death resulted from "injuries received from involvement in a motor vehicle accident on February 13, 1988". The manner of death was described as follows: "Heart failure caused indirectly by above motor vehicle accident February 13, 1988, and as described at coroner's inquest. We feel that Mr. Kevin Spence's vehicle was travelling, by his own

... 24

admission, in excess of the posted highway speed. This was further complicated by poor and slippery road conditions". The jury also found that "the highway at this particular section is notorious for accidents and speed".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of Transportation and the Director of Policing Services, Department of the Solicitor General, were as follows:

> 1) "We recommend that the speed limit approach from both east and west be reduced to 70 km per hour which would only be useful if vigorously enforced by the police.
>
> 2) Further we recommend amber flashing lights be appropriately placed on approaches to the Hammond River Bridge".

The Minister of the Department of Transportation replied that the speed limit on Route 1 in the immediate vicinity of the intersection in question would be reduced from 80 km/h to 70 km/h. Also, the Minister stated that installation of overhead double alternating flashing amber beacons on both Route 1 approaches would be completed as soon as scheduling permitted. In addition, the Minister felt that the installation of a flashing beacon on the southbound approach to the Hammond River Bridge would reduce the overall effectiveness of the existing installation at Hammond River Road.

**INQUEST NO. 4**

On April 21 an inquest was held in Newcastle into the death of a 44 year old, terminally ill woman who died in January of 1988 at the Hotel Dieu Hospital in Chatham. ... 25

The jury found that the death resulted from "asphyxia due to respiratory failure". The manner of death was " as a result of the nursing staff having failed to turn on the switches of the ventilator following the "suctioning procedure".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of the Department of Health and Community Services, the Registrar of the College of Physicians and Surgeons of New Brunswick, the President of Medigas Atlantic Limited and the Executive Directors of the Nurses Association of New Brunswick, N. B. Medical Society, N. B. Nurses Union, N. B. Hospital Association, Hotel Dieu Hospital, and also the remaining hospitals in New Brunswick, were as follows:

1.(a) " Hospital adopt a clear policy whereby ventilators are milked without being turned off".

(b) " Timing device be installed to override the audio alarm system of ventilators for length of time required for servicing".

2. " Hospital adopt policy whereby Supervisor Nurse on duty be responsible for notification of coroner in accordance with provincial hospital regulation".

The Chief Coroner also made an additional recommendation:

3. " That a comprehensive study on the 12-hour shift for health care personnel in a hospital environment in New Brunswick be undertaken by the Department of Health and Community Services in consultation with appropriate professional associations and unions including the Nurses Association of New Brunswick, the New Brunswick Nurses Union, the New Brunswick Hospital Association, the New Brunswick Medical Association and the New Brunswick College of Physicians and Surgeons. The study should include an analysis of whether operational

... 26

> safety may in any way be adversely affected by fatigue or other factors associated with or attributable to the 12-hour shift".

The Minister of the Department of Health and Community Services replied that he has requested his staff review recommendations 1 and 2 with outside experts to insure their feasibility, following which appropriate comment will be forwarded to all concerned parties. The Minister also stated that the issue of operational safety of the 12-hour shift is a national issue which would have to be addressed through the collective bargaining process as well as at the Federal-Provincial level.

**INQUEST NO. 5**

On May 17 an inquest was held in Campbellton into the death of a 45 year old man who died in February of 1988 at the Restigouche Hospital Centre in Campbellton.

The jury found that the death resulted from "asphyxia by hanging". The manner of death was described "as a result of suicide".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of Health and Community Services and the Executive Director, Centre Hospitalier Restigouche, were as follows:

> 1. " That a review be done on the policy concerning surveillance (on patients) during the time of coffee breaks and meals.
>
> 2. For those patients admitted with suicidal tendencies, that they be given closer surveillance for the first five or six days.

... 27

3. Remove the I.V. (intravenous) pole (from which the deceased hanged himself) and replace it with something which cannot support a weight of more than 15 to 20 lbs.

4. Change the locks on the bathrooms so that the orderlies, if they felt it was necessary, would be able to enter (by unlocking the door from the outside)".

The Chief Coroner added words in parentheses to put the recommendation in its context with the evidence presented during the inquest.

The Minister of the Department of Health and Community Services replied that appropriate action on the recommendations had been taken and that hopefully similar deaths will be prevented.

**INQUEST NO. 6**

On June 1 an inquest was held in Black's Harbour into the deaths of five males and one female who died in April of 1988 in Pennfield, New Brunswick, following a two vehicle accident. Their respective ages were 17, 18, 19, 21, and 22 years.

The Jury found that the deaths resulted from "injuries received from a car accident at Highway One, Seely's Cove, Eastern turn-off". The manner of death was described as "reckless driving by the west-bound car (Monte Carlo)".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of the Department of Transportation, were as follows:

1. "Recommend that Seely's Cove Eastern Intersection be lighted as a precaution to further accidents.

2. Recommend that vehicles be installed with safety switch so that the lights stay on when the vehicle is started".

... 28

The Minister of the Department of Transportation replied that the installation of a luminare at this intersection cannot be justified. Low intersecting traffic volumes plus the fact that the two reported incidents at this intersection in the last six years would probably not have been prevented by the existence of luminaires, support his decision. In reply to recommendation 2, the Minister reported that subsequent to a federal/provincial agreement, beginning January 1990 all new vehicles must be equipped with an "automatic on" switch for headlights.

**INQUEST NO. 7**

On June 13 an inquest was held in Woodstock into the deaths of one female and four males who died in May of 1988 after a house fire at Johnville, New Brunswick. Their respective ages were 25, 40, 47, 48 and 52 years.

The jury found that the deaths resulted from "carbon monoxide poisoning and smoke inhalation". The manner of death was described as "accidentally by fire".

The recommendation of the jury which was forwarded to The New Brunswick Fire Marshal is as follows:

> 1. "That the N. B. Fire Marshall's Office implement a programme whereby older homes in this province be updated regarding the availability and correct use of fire-safety devices ie. fire extinguishers, smoke detectors, proper installation of wood-burning equipment".

The Fire Marshal acknowledged receipt of the recommendation and is studying the feasibility of its implementation.

... 29

**INQUEST NO. 8**

On June 15 an inquest was held in Saint John into the death of a 12 year old male who died in May of 1988 while operating a motorcycle in Saint John.

The jury found that the death was as a result of "blunt trauma to abdomen causing massive haemorrhage". The manner of death was described as follows: "accidentally by misadventure on a motorcycle".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of the Department of Transportation, the Director of Policing Services, Department of the Solicitor General, the Mayor of the City of Saint John and the President of Saint John Suzuki, were as follows:

> 1. "If this has happened to this model (a 1981 suzuki motorcycle Model DS 50) regularly as stated by Detective Thorne (as he has one), can something be mentioned to the manufacturer for some better style of braking system.
>
> 2. Proper supervision of training by parents for those operating.
>
> 3. Some sort of permit or license for all operators under the age of 16 of off-road vehicles and registration of these vehicles. If there is no license for the vehicle, fine the parents.
>
> 4. Some sort of rodeo and inspection as put on for bicycles by various police departments or service groups".

The Minister of the Department of Transportation replied that the All-Terrain Vehicle Act is currently being reviewed and that the jury's recommendations would receive consideration as part of that review.

... 30

The Acting Director, Policing Services, Department of the Solicitor General forwarded copies of the jury's recommendations to the New Brunswick Chiefs of Police Association, the Officer i/c "J" Division R.C.M. Police and the Chief of the New Brunswick Highway Patrol for their consideration.

**INQUEST NO. 9**

On June 27 an inquest was held in Saint John into the death of a 27 year old woman who died in March of 1988 at the Saint John Regional Hospital in Saint John after giving birth.

The jury found that the death was as a result of "natural causes, peritonitis with ischemic brain damage". The manner of death was described as follows: "Ruptured diaphragm, causes of rupture unknown".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of the Department of Health and Community Services, the Executive Director, N. B. Medical Society and the Registrar, College of Physicians and Surgeons of New Brunswick, were as follows:

> 1. "Due to the severity and complexity of this particular medical problem, as well as the rarity of its occurrence following pregnancy, we recommend it be written up for the Canadian Medical Society to increase the medical profession's awareness of the possibility of it occurring.
>
> 2. We recommend that the Coroner's Office be notified immediately upon a person being declared brain dead".

The Minister of the Department of Health and Community

... 31

Services replied that his Department would endeavour to see that this case be reported to the medical profession. Further communication indicated that the Canadian Journal of Surgery had accepted the article prepared by the Chief of Surgery and Surgical Resident, Saint John Regional Hospital, and would publish the article as scheduling permits.

**INQUEST NO. 10**

On November 15 and 16 an inquest was held into the deaths of two males aged 43 and 65 years who died in November of 1987 at Chatham Head, New Brunswick as a result of an altercation.

The jury found the death of the first male was as a result of "a single gunshot wound of the chest". The manner of death was described as follows: "Homicide; he died instantly from a single 32 calibre gunshot to the chest, fired from contact or very close range, which ruptured both lungs and the heart".

The jury made no recommendations.

The jury found that the death of the second male was as a result "of an incised wound of the throat". The manner of death was described as follows: "Homicide; his throat had been slashed with a knife and he bled to death".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Solicitor General of Canada, National Parole Board, Correctional Service of Canada, Royal Canadian Mounted Police, and to the

... 32

Director of Policing Services and Director of Correctional Services,New Brunswick Department of the Solicitor General were as follows:

1. " A full profile of a parolee should be sent to appropriate authorities in adequate time so preparation can be made prior to his or her arrival at the new destination and date of arrival.

2. A follow-up check by telephone should be made to determine if the parolee has reached the destination by the scheduled time.

3. When a history of a criminal (or a CPIC criminal record) is requested, a photograph should be included in all cases.

4. A defined set of guidelines should be established for the screening process of a parolee with regards to mandatory supervision and establishing residency.

5. All information regarding the parolee should be available to police and private agencies.

6. A chronological profile of a parolee's record should be condensed and placed in the front of the parolee's file for easy access".

The various agencies replied that all the jury's recommendations will be given serious consideration. The Royal Canadian Mounted Police replied that it will not be possible to implement the system required to accommodate number 3 in the immediate future because of the expense factor.

**INQUEST NO. 11**

On July 20 an inquest was held in Moncton into the death of a 23 year old man who died in January of 1988 while an inmate at Dorchester Penitentiary in Dorchester, New Brunswick.

... 33

The jury found that the death resulted from "asphyxia". The manner of death was described as "by hanging".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Warden, Dorchester Penitentiary, Regional Deputy Commissioner, Correctional Services of Canada, and the Director of Corrections, The New Brunswick Department of the Solicitor General, were as follows:

1. Video monitors be installed in segregation cells where suspected suicidal prisoners are held.

2. Conduit and other items which will support person should be removed or enclosed in all cells.

3. Prisoners' footwear should have velcro fasteners instead of laces.

4. Light fixtures in cells should be kept in operating order and installed so inmates do not have access to them.

5. Staff members should be maintained around the clock and not just until 3:00 p.m.

The Warden, Dorchester Penitentiary replied that the jury's recommendations were seriously considered and implemented in that video monitors were installed in the segregation area, conduit had been removed from the cells, all inmates placed on suicide watch would be provided footwear without laces, and staff members had been posted to this area around the clock as of January 1988. The Warden also replied that light fixtures are tamper resistant and subject to a preventive maintenance program.

... 34

**INQUEST NO. 12**

On July 22 an inquest was held into the death of a 33 year old man who died in May of 1988 after falling from a highway overpass under construction in the Saint John area.

The jury found that the death was as a result of "multiple body trauma". The manner of death was described as follows: "an accidental fall that could have been prevented if proper safety measures had been implemented".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of the Department of Transportation, Chairperson of the N. B. Occupational Health and Safety Commission, and the Manager of A.G.S. Enterprises Ltd. were as follows:

1. "Any overhead work taking place over a public highway should cause the traffic to be re-routed on a 24 hour basis until such work is completed so proper safety procedures could be implemented for the safety of the employees and the public; such as netting, staging, sleds, temporary flooring, etc.

2. The number of employees should not be a determining factor for companies and employees (together) setting up safety committees and having regular safety meetings.

3. Cost should not be a determining factor when employees' safety is concerned, when implementing safety equipment when time is a cost factor.

4. Regulations should be set out concerning the proper installation of netting by the Department of Health and Occupational Safety".

The Chairperson of the N. B. Occupational Health and Safety Commission replied that the Commission will continue to monitor such construction projects and order the employer and the

... 35

Department of Transportation to take the necessary measures to protect the health and safety of workers. These measures may include re-routing of traffic. Although the employer has some flexibility in determining how the employees' health and safety shall be ensured, revised regulations under the Occupational Health and Safety Act, which are in the final stages of preparation, will more clearly specify the employer's responsibility to install safety nets.

In addition, the Chairperson stated that with respect to recommendation number 2 it is hardly practical to establish safety committees when there are only a few employees, but, that does not preclude holding safety meeting for which the Commission has already established guidelines.

The Minister of the Department of Transportation replied that the jury's recommendations have been noted and forwarded to his Department's Safety Co-ordinator as well as staff involved in designing and supervising contracts of this nature.

**INQUEST NO. 13**

On July 6, 7, and 8 an inquest was held in Campbellton into the death of a 44 year old woman who died in June of 1987 while a patient in the Intensive Care Unit, Campbellton Regional Hospital in Campbellton.

The jury found that the death was as a result of an "acute inferior wall myocardial infarction". The manner of death was

... 36

described as follows: "Through respiratory arrest as a direct result of the acute inferior wall myocardial infarction".

In the opinion of the Chief Coroner, the recommendation of the jury exceeded the scope of a coroner's inquest; the recommendation was improper in that an individual was named and responsibility was implied. Partially in response to this situation, all coroners in New Brunswick have been reminded that it is wrong in principle for a public body other than a court to make formal pronouncements respecting the legal responsibility and they have been advised to vigilantly protect the civil rights of all persons who may have had some connection with the death of the deceased.

**INQUEST NO. 14**

On October 6 an inquest was held in Perth-Andover into the death of a 39 year old man who died in April of 1988 after a fall in a residence on the Tobique Indian Reserve, New Brunswick.

The jury found that the death was as a result of "head injuries, and cut and abrasions to the right side of his face". The manner of death was described as follows: "accidental, in trying to help himself made his way to the top of the cellar stairs, while trying to open the door lost his balance and fell backwards".

The jury made no recommendations.

... 37

**INQUEST NO. 15**

On September 30 an inquest was held in Saint John into the death of a 67 year old woman who died in June of 1988 while a patient at the Saint John Regional Hospital in Saint John.

The jury found that the death was as a result of "natural causes". The manner of death was described as "congestive heart failure".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Minister of the Department of Health and Community Services, the Executive Director, Saint John Regional Hospital and the executive Director, N. B. Hospital Association, were as follows:

> 1. " The assistant to the Respiratory Technician was inadequately trained; the RTA should be required to write a certification paper before being able to work unsupervised.
>
> 2. The Patient Care Plan should be printed (updated) at the beginning of each shift, and used during the patient assessment rounds.
>
> 3. Understaffing on midnight shift may attribute to the missing or omission of information about the patient care and condition changes.
>
> In this case we feel the direct cause of death was not the lack of care, although the above mentioned changes could eliminate future problems".

The Minister of the Department of Health and Community Services replied that the jury's recommendations will be reviewed and the result of the analyses will be forwarded to the Chief Coroner.

... 38

**INQUEST NO. 16**

Between November 28 and December 5 an inquest was held in Saint John into the death of a 24 year old man who died in April of 1988 at the Saint John Regional Hospital, Saint John.

The Jury found that the death was as a result of "acute bilateral broncho pneumonia". The manner of death was described as follows: "The occupational related lung changes which are present, seems to be a contributing factor in the cause of death".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Chairperson, N. B. Occupational Health and Safety Commission and the Saint John Foundry Ltd. were as follows:

1. " All existing fans be in proper working order and turned on while pouring.

2. Lower windows be open to assist the updraft at the floor level and duplicate windows be installed on opposite side of foundry at the lower level, the three top openings to be closed.

3. Number 10 dust mask and the canister filter masks be worn during the shake-out period and at all times while grinding.

4. Cupola chargers - these men should leave the charging floor while the metal is being desulphurized in the pouring ladle.

5. Rules of employment should be put in place at the Saint John Foundry relative to health and safety".

In addition, the coroner made the following recommendation:

6. " The rules and regulations set down by the New Brunswick Occupational Health and Safety Commission be strictly enforced to maintain the health and safety of the workers in the workplace. These orders should and must be enforced".

... 39

**INQUEST NO. 17**

On November 16 an inquest was held in Sussex into the death of two males, ages 31 and 39 years, who died in October of 1988 at the Denison Mines, Salt Springs, New Brunswick.

The jury found that the deaths were as a result of "massive crush injuries of the head, torso and abdomen". the manner of the deaths was described as follows: "an accidental rock fall while mining".

The recommendations of the jury, which were forwarded to the Chairperson, N. B. Occupational Health and Safety Commission and the General Manager, Denison-Potcan Potash Company, were as follows:

1. " First Line Supervisors should be required to check drilling locations on a more regimented basis.

2. Improved geological training for miners and have someone on each shift with more expert training to decide on safety of continued drilling.

3. Improved accessibility to rock bolting machine at drilling location. Possibly have (it) Marinette machine at all times.

4. Stronger guidelines for "rehabing" or rock bolting should have minimum requirement to make it necessary and not leave to human judgment. This should eliminate possibility of human error.

5. Follow and adhere strictly to Guideline and Recommendations of Joint Health and Safety Committee".

The specific recommendations of the Joint Health and Safety Committee were as follows:

1. " All boring machine operators follow instructions on the Geological Observation Sheets as prepared and issued daily by the Technical Services Group.

... 40

2. The operators must try to follow the "D" ore zone contact and not cut into the upper halite.

3. More use of soundings by scaling bars throughout the entries and in the immediate vicinity of the cutting machines.

4. All drummy and loose areas to be identified, reported and the ground conditioned as soon as possible.

5. In the event of unusual ground movement noises the boring machines should stop cutting and the immediate area should be safely investigated".

The General Manager, Denison-Potcan Potash Company replied that the recommendations of the Joint Health and Safety Committee have all been incorporated into standard company procedures. In addition, the recommendations of the jury have been complied to, notwithstanding human judgment is necessary for good mining decisions to be made.

# DIX-SEPTIÈME RAPPORT ANNUEL DU CORONER EN CHEF

## PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

**POUR LA PÉRIODE DU**

**1ER JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 1988**

76-3913 (3/89)

# DIX-SEPTIÈME RAPPORT ANNUEL

# DU

# CORONER EN CHEF

# DE LA

# PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK

pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1988

DIVISION DES CORONERS

MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

DEPARTMENT OF THE SOLICITOR GENERAL

MINISTÈRE DU SOLLICITEUR GÉNÉRAL

NEW BRUNSWICK
NOUVEAU-BRUNSWICK
CANADA

L'honorable Conrad Landry
Solliciteur Général
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le dix-septième rapport annuel du coroner en chef pour la période du 1er janvier au 31 décembre 1988, en application de l'article 43 de la Loi sur les coroners.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma très haute considération.

JOHN H. EVANS
Coroner en Chef
Province du Nouveau-Brunswick

## TABLE DES MATIÈRES


| | | PAGE |
|---|---|---|
| A. | SURVOL HISTORIQUE | 1 |
| | Origine de la fonction de coroner | 1 |
| | Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours | 3 |
| | L'expérience canadienne | 6 |
| B. | LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK | 8 |
| | Organisation | 8 |
| | Déclaration | 9 |
| | Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners | 9 |
| | But de l'investigation | 11 |
| | La décision de mener une enquête | 11 |
| | Résumé | 12 |
| C. | RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS | 14 |
| | Tableau «A» - Nombre total de décès signalés | 15 |
| | Tableau «B» - Morts accidentelles | 15 |
| | Tableau «C» - Suicides - selon le sexe, l'âge et la circonscription judiciaire | 16 |
| | Tableau «D» - Suicides - selon le moyen, l'âge et le sexe | 17 |
| | Tableau «E» - Homicides domestiques - selon la circonscription judiciaire | 18 |
| | Tableau «F» - Données comparatives (1978-1987) | 19 |
| D. | RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS | 20 |

## A. SURVOL HISTORIQUE

### Origine de la fonction de coroner

La fonction de coroner est la plus vieille institution du droit anglais, après celles de monarque et de shérif, et sa véritable origine est loin de faire l'unanimité. Mentionnée par écrit pour la première fois pendant le règne du roi Alfred (871-910), elle remonte probablement aux alentours de la conquête normande, époque où le coroner, sous le nouveau régime, vient à jouer un rôle important dans l'administration de la justice. Son évolution suit l'histoire juridique et constitutionnelle anglaise et les transformations qu'elle a subies depuis mille ans.

L'une des premières tâches du coroner consistait à enquêter sur les morts soudaines et inattendues. Au départ, et la même chose valait pour ses autres fonctions, il s'agissait essentiellement de protéger les intérêts financiers de la Couronne. À cet égard, le coroner devait établir la cause du décès; si le cadavre était celui d'un Normand, par opposition à un Anglo-Saxon, il fallait payer un impôt à la Couronne. Un jury aidait le coroner à établir ce fait et à déterminer s'il s'agissait d'un meurtre; dans l'affirmative, la ville ou le village était passible d'une amende supplémentaire si l'on ne pouvait repérer l'assassin. En revanche, si ce dernier était arrêté et condamné, tous ses biens et possessions revenaient de droit à la Couronne sur confiscation par le coroner. En outre, si la première personne à découvrir un cadavre omettait d'en

... 2

aviser les autorités locales et que celles-ci n'avisaient pas à leur tour le coroner, la Couronne imposait alors une amende spéciale à la ville entière pour manquement à ses devoirs. Cette fonction particulière (établir la cause d'un décès), modifiée au fil des ans, est à la base de tous les systèmes de coroners en vigueur actuellement dans les juridictions de common law.

Les autres tâches du coroner étaient surtout administratives et ne revêtent plus aujourd'hui qu'un intérêt historique : il tenait les dossiers judiciaires de la Couronne; il percevait et conservait les recettes fortuites de la Couronne, notamment les objets personnels ayant été cause accidentelle de mort d'homme, les épaves de mer, les baleines, esturgeons et marsouins qui, échoués ou capturés près de la côte, appartenaient au souverain, les trésors découverts par le pur effet du hasard puis, finalement, les biens confisqués mentionnés ci-dessus; il entendait le serment de ceux et celles qui demandaient asile; il exerçait également un contrôle sur les fonctions de percepteur du shérif et devait remplacer ce dernier s'il était frappé d'incapacité pour cause de défaut ou d'opposition d'intérêts.

La diversité des fonctions de cet officier et leur évolution au cours de l'histoire se reflètent dans l'origine même du mot «coroner», qui serait dérivé du vocable anglo-français pour «couronne», «corouner». Néanmoins, son appellation

... 3

précise semble avoir varié de temps à autre. Pendant le règne de Richard 1$^{er}$, il s'appelait «coronarius»; sous le roi Jean, par contre, il cédait la place à «coronator», car au début il avait la garde du rôle des actions en justice intentées par la Couronne. Selon sir Thomas Smith (1583), l'appellation provient du mot «crowner» ou «coronator», puisque le décès de n'importe quel sujet par acte de violence touchait la Couronne et lui était préjudiciable. Autrement dit, le coroner, indépendamment de l'orthographe et de la prononciation du terme, était en réalité le représentant local du souverain. Une remarque est digne d'intérêt ici : alors que le mot «coroner» (dans sa graphie actuelle) fit son apparition au XIV$^{e}$ siècle, le nom de «crowner» est en usage encore aujourd'hui dans le nord de l'Irlande et est utilisé vulgairement dans certaines régions d'Angleterre.

**Évolution de la fonction de coroner du Moyen-Âge à nos jours**

La meilleure façon de retracer l'histoire et l'évolution de la fonction de coroner est de se reporter à la législation anglaise.

L'article 20 du <u>code de justice de Eyre</u> (1194) prévoit l'élection dans chaque comté de trois chevaliers et d'un clerc en tant que «gardiens du rôle des actions en justice intentées par la Couronne». À ce propos, le coroner doit habiter le comté ou

... 4

la municipalité qu'il représente. L'autre condition de candidature, c'est sa richesse, que l'on considère sans doute comme une certaines garantie contre l'inconduite, infraction pour laquelle il risque de se faire confisquer ses terres et possessions par le roi. Comme cette fonction n'est pas rémunérée avant 1487, ses principaux attraits à l'origine sont probablement le prestige et le service public. Le coroner prête serment devant le shérif, a juridiction sur l'ensemble du comté et est nommé à vie durant bonne conduite. Il peut toutefois perdre son poste s'il accède à celui de shérif.

En 1276, pendant le règne d'Édouard 1$^{er}$, est promulguée la loi intitulée De Officio Coronatonis. Cette loi énonce les fonctions d'enquêteur du coroner. Ainsi, sur sommation du huissier ou de tout autre honnête homme, le coroner doit se rendre sur les lieux d'un décès, pour ensuite convoquer les hommes de quatre villes avoisinantes qui vont former le jury. Cette loi pose pour la première fois les questions fondamentales auxquelles il faut répondre lorsque l'on enquête sur une mort non naturelle. Elles demeurent inchangées après sept siècles : Qui était la personne décédée? Comment, quand, où et par quel moyen est-elle morte?

L'avènement, en 1361, des juges de paix amorce la longue déchéance du rôle du coroner en matière criminelle. On a trouvé d'autres moyens de percevoir les recettes de la Couronne et l'officier perd également ses fonctions de contrôleur des

... 5

finances. En 1487, une loi prévoit le versement d'honoraires au coroner pour chaque enquête qu'il mène sur un décès soudain et non naturel. Comme le coroner est loin d'être populaire auprès des juges (qui l'avaient remplacé dans les causes criminelles), ceux-ci lui versent normalement le minimum prescrit. En conséquence, seuls les hommes de loi peu expérimentés ont tendance à accepter le poste. On se plaint souvent que le coroner procède à des enquêtes inutiles dans le seul souci d'arrondir ses maigres revenus. Chose étonnante, la fonction de coroner survit malgré cette adversité et regagne même une certaine importance pendant la révolution industrielle. Ce regain d'intérêt pour la profession est attribuable dans une large mesure au nombre de plus en plus grand de décès soudains et non naturels. Par ailleurs, le coroner continue à s'occuper des suicides et des cas d'homicide douteux, quoique les juges de paix aient pris en main les cas d'homicide manifeste.

En 1836, la loi anglaise est modifiée et le coroner peut dès lors rémunérer les médecins-experts à qui il demande avis. Ainsi, le coroner est davantage en mesure de se prononcer sur les cas d'homicide douteux, car il peut faire faire une autopsie. En sa qualité d'enquêteur médico-légal, il regagne une partie du prestige qu'il avait perdu en matière criminelle. Par ailleurs, son étroite association avec les experts jette les bases du système actuel en Angleterre. en 1860, une autre loi

... 6

vient renforcer cette nouvelle image de marque; en effet, le système d'honoraires cède la place à un système de salaires pour le coroner de comté. Puis, en 1887, une nouvelle loi exige la tenue d'une enquête chaque fois que le coroner a des raisons de croire qu'un décès est attribuable à un acte de violence ou à une cause non naturelle, ou encore que la cause du décès est inconnue. L'année 1888 marque un autre pas en avant : l'Angleterre remplace l'élection des coroners par un système de nominations.

D'autres changements viennent modifier le système. En 1926, le coroner perd une partie de ses pouvoirs judiciaires; en effet, il est tenu de mettre fin à son enquête sur les cas de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide dès mise en accusation. La même année, il n'est plus obligatoire de procéder à une enquête sur tout cas de décès dont la cause est inconnue. En 1977, les pouvoirs du coroner sont encore restreints et il n'a plus le droit de rendre un verdict de meurtre, d'homicide involontaire ou d'infanticide, fait qui lui enlève le droit de mise en accusation que lui donnait la common law.

## L'expérience canadienne

Le coroner de common law fait son apparition outre-Atlantique très tôt, de sorte que chaque province et État s'est inspiré du modèle anglais.

Au Canada, la fonction est instituée avant que le système de common law, de qui elle participe, ne subisse les

... 7

transformations qui modifient le rôle du coroner en Angleterre. Après la Confédération, l'enquête du coroner provincial sur les cas d'homicide est plus ou moins une enquête préliminaire. En 1892, le premier Code criminel ôte au coroner son pouvoir de mise en accusation. Dans le cas de certains verdicts, toutefois, la personne désignée nommément peut être mise sous garde et conduite devant un juge ou se voir astreinte à contracter un engagement de comparaître, mais on s'est rarement prévalu de cette disposition ces dernières années.

Chaque province et territoire du Canada a son propre système d'enquête sur les morts soudaines. Ceci dit, la plupart des provinces ont limité les pouvoirs du coroner à l'établissement de la responsabilité civile ou criminelle. Trois d'entre elles, à savoir l'Alberta, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba, ont maintenant un système d'expertise médicale. Terre-Neuve, de son côté, n'a pas de système de ce genre, ni même de coroners. Dans cette province, c'est un juge qui enquête sur les morts soudaines aux termes de la Loi sur les poursuites sommaires. Les autres provinces et les deux territoires ont pour leur part un système de coroners qui s'inspire, à des degrés divers, du modèle de la common law.

Bien que les coroners du Nouveau-Brunswick conservent «la juridiction, les pouvoirs et l'autorité des coroners de common law» et bien que les tribunaux ont statué que la Charte des droits ne diminue aucunement la portée de l'article 44 de la Loi sur les coroners relativement à la procédure, une décision de

... 8

J. Godin le 2 mai 1988 Re Gregoire et le coroner de circonscription pour Campbellton, a effectivement restreint le champ de l'enquête et particulièrement le verdict.

Une enquête n'est pas un forum pour résoudre les litiges civils ou exercer des poursuites. Une enquête n'est pas un procès et un coroner n'est pas un juge. On fait appel à des procédures inquisitoriales par opposition à des procédures accusatoires ou contradictoires. Il n'y a donc pas d'«accusé» ou de «défendeur» ni de «parties» ou de «lis». De plus, il ne convient pas, en principe, pour un organisme public autre qu'un tribunal de se prononcer formellement sur la responsabilité juridique d'un individu qu'il s'agisse d'une affaire criminelle ou civile.

On a également demandé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick de protéger les droits civils de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement aux décès d'une personne et de voir à ce que le jury du coroner n'a pas tiré de conclusion de responsabilité civile ou criminelle ou désigné une ou des personnes responsables de tout acte ou toute omission qui aurait pu contribuer au décès.

## B. LE SYSTÈME DE CORONERS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

### Organisation

Au Nouveau-Brunswick, la Division des coroners, aux fins d'organisation et d'administration, relève du ministère du

... 9

Solliciteur général. Le coroner en chef est chargé de la surveillance générale du système. Son bureau est situé à Fredericton et il est assisté d'un coroner en chef adjoint et de trois coroners régionaux directement responsables des activités à l'intérieur de régions désignées, dont les bureaux se trouvent à Campbellton, Moncton et Fredericton. En outre, tous les shérifs et shérifs adjoints sont coroners d'office, quoiqu'ils n'agissent pas tous à ce titre au sein du système. Actuellement, 37 employés à temps plein parmi eux sont coroners. Par ailleurs, un certain nombre de coroners non juristes sont nommés et ils travaillent à l'acte pour un traitement purement nominal. Ils représentent un vestige nécessaire de l'ancien système des coroners en place avant 1971, lequel n'employait que des coroners non juristes. Six des 15 coroners non juristes sont médecins, ce qui, avant l'arrivée de pathologistes hautement qualifiés et compétents dans la province, était très avantageux pour le système. Les coroners non juristes continuent à dispenser un excellent service dans leur localité.

Déclaration

Dans la province, le seul cas où il n'est pas nécessaire d'aviser le coroner est le décès qui survient à la suite d'une maladie pendant que la personne est sous les soins d'un médecin dûment qualifié (sauf si la mort survient : (i) pendant une grossesse ou à cause de celle-ci; (ii) de façon

... 10

soudaine et inattendue; ou (iii) dans des circonstances qui peuvent nécessiter la tenue d'une investigation). Par contre, la Division des coroners doit examiner tous les décès qui lui sont signalés afin de déterminer dans chacun des cas l'identité de la victime et d'établir où, quand, comment et par quel moyen elle est décédée. Par conséquent, les coroners sont un élément essentiel de l'application des lois car ce sont eux qui, les premiers, déterminent si ces décès sont dus à des causes naturelles, à un accident, à un suicide ou à un homicide.

Pouvoirs d'investigation de la Division des coroners

Aux fins d'investigation, la Division des coroners peut faire appel, au besoin, à la Gendarmerie royale du Canada (notamment au laboratoire médico-légal de Sackville), à un corps de police municipal et à la Patrouille routière du Nouveau-Brunswick, qui ont chacun leur domaine de compétence. En outre, comme certains des décès signalés comportent des éléments de criminalité, l'investigation relève quelquefois tant de la police que du coroner et exige par conséquent une étroite collaboration entre les deux. Les coroners peuvent aussi faire appel aux services des pathologistes des laboratoires régionaux, situés à Fredericton, Saint-Jean, Moncton, Campbellton, Bathurst, Edmundston et Woodstock, de même qu'à ceux du toxicologue provincial, qui se trouve à Saint-Jean.

... 11

De plus, deux des pathologistes du laboratoire régional de Saint-Jean ont accepté de fournir aux coroners, à partir du 1er janvier 1982, un service de médecine légale centralisé. Ainsi, lorsqu'un décès est classé comme un cas de «type II», nécessitant l'intervention spéciale d'un médecin légiste, il faut maintenant utiliser le service susmentionné. Dans un cas semblable, le cadavre doit être transporté au laboratoire de Saint-Jean pour l'autopsie. S'il y a lieu, le médecin légiste peut aussi aider le coroner ou la police en se rendant sur les lieux du décès. Depuis longtemps, les deux pathologistes qui agissent à titre de médecins légistes manifestent un intérêt marqué pour la médecine légale et ont fait valoir leur compétence comme témoins experts tant au cours des enquêtes que des procès au criminel.

But de l'investigation

Le but de l'investigation du coroner a évolué au fil des ans. Pendant des nombreuses années, on s'est attaché principalement à rechercher la cause médicale réelle du décès, à l'exclusion de presque tous les autres éléments. Aujourd'hui, l'aspect médical n'est qu'un facteur à considérer parmi bien d'autres. Les causes non médicales d'un décès sont en effet tout aussi importantes et, dans bien des cas, elles obligent à prendre les mesures nécessaires pour améliorer les conditions qui menacent la sécurité publique. Il faut donc quelquefois que le

... 12

coroner ordonne la tenue d'une enquête même si la cause du décès est connue.

La décision de mener une enquête

Une des décisions les plus difficiles que doit prendre le coroner est de savoir s'il y a lieu ou non de mener une enquête. À l'origine, l'enquête faisait partie des fonctions du coroner dans tous les cas dont il s'occupait. À la longue, cependant, la common law a évolué au point où la décision de mener une enquête a fini par relever uniquement du coroner.

Dans certaines circonstances, un coroner local, le coroner en chef ou le solliciteur général peuvent ordonner qu'on enquête sur un décès, ce qui a pour effet d'attirer l'attention de la population sur les nombreuses causes de décès par mort violente ou accidentelle. L'enquête est aussi importante du fait qu'elle met l'accent sur des situations où il est possible d'intervenir pour empêcher que des événements semblables ne se reproduisent. À cette fin, les coroners se doivent d'examiner attentivement toutes les circonstances entourant les morts violentes ou accidentelles afin de procéder à une enquête si cela se révèle utile. On s'attend à ce que le jury du coroner fasse des recommandations visant à éviter dans la mesure du possible qu'un décès ne survienne dans des circonstances semblables.

Le coroner en chef doit veiller à communiquer les conclusions et les recommandations du jury aux personnes,

... 13

organismes et ministères concernés. Il ne peut forcer quelque particulier ou organisme que ce soit à donner suite aux recommandations. Cependant, certaines d'entre elles sont mises en oeuvre d'une façon ou d'une autre, sans doute par crainte des organismes concernés de se retrouver dans une situation fort embarrassante s'il advenait qu'un deuxième décès survienne dans des circonstances semblables et qu'on ait négligé de prendre les mesures voulues pour corriger la situation à l'origine du premier décès.

**Résumé**

La Division des coroners mène une investigation dans 35 % à 40 % des quelque 5 000 décès qui surviennent chaque année dans la province. Un pourcentage élevé des décès soumis à une investigation sont dus à des causes naturelles. Le coroner fait faire une autopsie dans environ 40 % des cas et ordonne une enquête dans environ 1 % des décès qui font l'objet d'une investigation. Plus de 90 % des investigations sont actuellement menées par des coroners d'office qui travaillent à temps plein pour la Division des shérifs.

Je tiens à remercier tous les organismes d'application de la loi et les organismes connexes pour la collaboration et l'aide qu'ils ont apportées au cours des investigations des coroners. Ce sentiment de gratitude s'étend aussi à tous les

... 14

coroners, qui ont fait preuve, une fois encore, de beaucoup de dévouement et de professionnalisme dans des circonstances souvent pénibles.

## C. RÉSUMÉ STATISTIQUE DES INVESTIGATIONS MENÉES À LA SUITE DE DÉCÈS

Depuis le 1er janvier 1987, les décès signalés à la Division des coroners et sur lesquels celle-ci doit faire une investigation sont classés dans cinq catégories distinctes : les accidents, les suicides, les homicides, les morts naturelles et les décès d'origine inconnue.

La catégorie des «accidents» englobe tous les décès accidentels, y compris ceux impliquant des véhicules à moteur sans qu'il existe d'intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un. Ainsi, une personne en état d'ébriété qui cause la mort de quelqu'un dans un accident de la route pourra être accusée de négligence criminelle, mais le coroner parlera tout de même d'accident.

La catégorie des «suicides« englobe tous les cas évidents de suicide.

La catégorie des «homicides» englobe tous les cas évidents d'homicide, sauf si un véhicule à moteur est impliqué et qu'il n'existe aucune intention évidente de provoquer la mort de quelqu'un.

... 15

La catégorie des «morts naturelles» englobe tous les décès survenus à la suite d'une maladie ou attribuables à des causes naturelles.

La catégorie des «décès d'origine inconnue» englobe les cas où il est impossible de déterminer s'il s'agit de l'une ou l'autre des quatre catégories décrites ci-dessus. Les coroners se doivent évidemment de tout faire pour n'en arriver à cette conclusion qu'en dernier ressort. Un exemple de cas difficile qui pourrait être classé dans ce groupe serait celui d'une surdose de drogue où il est impossible de décider s'il s'agit d'un accident, d'un suicide ou d'un homicide.

Comme l'indique le tableau «A» ci-dessous, le nombre total de décès signalés à la Division des coroners en 1988 et sur lesquels celle-ci a fait une investigation s'élevait à 1 880 pour l'année, dont 1 483 dus à des causes naturelles.

TABLEAU «A» 1988

| Catégorie de décès | Nombre de décès | Autopsies |
|---|---|---|
| Accidents | 280 | 203 |
| Suicides | 111 | 107 |
| Homicides | 12 | 12 |
| Morts naturelles | 1 483 | 467 |
| Décès d'origine inconnue | 2 | 1 |
| TOTAL | 1 880 | 790 |

... 16

Le tableau «B» ci-dessous présente des données sur les 280 morts accidentelles survenues durant l'année.

MORTS ACCIDENTELLES - TABLEAU «B» 1988

| Cause du décès | Nombre de décès | Autopsies |
|---|---|---|
| Accidents de véhicule à moteur | 126 | 79 |
| Accidents de motocyclette | 20 | 17 |
| Accidents de véhicule tous terrains | 7 | 7 |
| Accidents de motoneige | 3 | 3 |
| Accidents de bicyclette | 5 | 3 |
| Piétons morts accidentellement | 19 | 12 |
| Accidents d'avion | 7 | 7 |
| Accidents à la ferme | 2 | 1 |
| Accidents du travail | 8 | 4 |
| Incendies | 18 | 15 |
| Accidents d'arme à feu | 2 | 2 |
| Surdoses de drogue | 4 | 4 |
| Pendaisons | 1 | 1 |
| Noyades | 28 | 22 |
| Morts au berceau | 14 | 12 |
| Autres | 16 | 14 |
| TOTAL | 280 | 203 |

... 17

Le tableau «C» ci-dessous présente des données sur les 111 suicides survenus durant l'année, selon le sexe, l'âge et la circonscription judiciaire.

## S U I C I D E S

### TABLEAU «C» 1988

| CIRCONSCRIPTION JUDICIAIRE | 0-19 | | 20-30 | | 31-40 | | 41-50 | | 51-60 | | 61-70 | | 71 ET PLUS | | TOTAL | TOTAL | TOTAL PAR CIRCONS-CRIPTION | POURCENTAGE DE SUICIDES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | HOMMES | FEMMES | | |
| BATHURST | 1 | | 1 | | 1 | 4 | 2 | 1 | | | | 1 | | | 5 | 6 | 11 | 9.9 |
| CAMPBELLTON | 2 | | 2 | | 2 | | 5 | | 2 | 1 | 1 | | 3 | | 15 | 1 | 16 | 14.4 |
| EDMUNDSTON | 2 | | 3 | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 3 | | 10 | 1 | 11 | 9.9 |
| FREDERICTON | | | 3 | | 1 | 3 | 1 | | | | 1 | | 1 | | 7 | 3 | 10 | 9.0 |
| MONCTON | 3 | | 9 | 1 | 4 | 1 | | | 1 | | 3 | | | | 20 | 2 | 22 | 19.8 |
| NEWCASTLE | 1 | | 1 | | 3 | 1 | 1 | | | | 2 | | 2 | | 10 | 1 | 11 | 9.9 |
| SAINT-JEAN | 4 | | 9 | 1 | 3 | 1 | 2 | | 2 | 2 | 1 | | 1 | 1 | 22 | 5 | 27 | 24.3 |
| WOODSTOCK | | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | | | 3 | | 3 | 2.7 |

Le tableau D ci-dessous présente des données sur les moyens utilisés, selon l'âge et le sexe de la victime.

## S U I C I D E S

### TABLEAU D 1988

| MOYEN | 0-19 | | 20-30 | | 31-40 | | 41-50 | | 51-60 | | 61-70 | | 71 ET PLUS | | TOTAL | TOTAL | TOTAL PARTIEL | POURCENTAGE DU TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | H | F | HOMMES | FEMMES | | |
| ARME À FEU | 6 | | 15 | 1 | 9 | 2 | 6 | | 1 | | 6 | | 4 | | 47 | 3 | 50 | 45,1 |
| PENDAISON | 5 | | 12 | 1 | 2 | 2 | 4 | | 1 | | 1 | | 3 | | 28 | 3 | 31 | 27,9 |
| SURDOSE DE DROGUE | 1 | | 1 | | 2 | 5 | 1 | | 2 | 2 | | | | | 7 | 7 | 14 | 12,6 |
| EMPOISONNEMENT AU MONOXYDE DE CARBONE | | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | 1 | | 3 | 1 | 4 | 3,6 |
| NOYADE | 1 | | | | | 1 | | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 4 | 5 | 9 | 8,1 |
| AUTRE | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | | | 3 | | 3 | 2,7 |
| TOTAL | 13 | | 29 | 2 | 15 | 11 | 11 | 1 | 7 | 3 | 9 | 1 | 8 | 1 | 92 | 19 | 111 | |
| HOMMES | 13 | | 29 | | 15 | | 11 | | 7 | | 9 | | 8 | | 92 | | | |
| FEMMES | | | | 2 | | 11 | | 1 | | 3 | | 1 | | 1 | | 19 | | |
| NOMBRE PAR GROUPE D'ÂGE | 13 | | 31 | | 26 | | 12 | | 10 | | 10 | | 9 | | | | | |
| POURCENTAGE DU TOTAL | 11,7 | | 27,9 | | 23,4 | | 10,8 | | 9,0 | | 9,0 | | 8,2 | | | | | |

Le tableau «E» ci-dessous présente les décès classés comme homicides de nature domestique, selon la circonscription judiciaire.

Pour savoir si un homicide doit être classé comme domestique, on s'est reporté à la définition générale du terme «famille» dans la Loi sur l'organisation judiciaire, paragraphe 11(1.1).

TABLEAU «E»

HOMICIDES DOMESTIQUES - selon la circonscription judiciaire

| District judiciaire | 1988<br>Nombre |
|---|---|
| Bathurst | |
| Campbellton | |
| Edmundston | |
| Fredericton | |
| Moncton | 1 |
| Newcastle | |
| Saint John | 2 |
| Woodstock | |
| TOTAL | 3 |

... 20

Le tableau «F» ci-dessous présente des données comparatives sur les morts accidentelles et violentes survenues de 1978 à 1987.

TABLEAU «F»

1978 à 1987

| | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 | Moyenne |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ACCIDENTS DE VÉHICULE À MOTEUR | 173 | 210 | 180 | 146 | 176 | 108 | 137 | 84 | 95 | 137 | 121 |
| ACCIDENTS DE BICYCLETTE | 4 | 5 | 7 | 6 | 2 | 3 | 8 | 2 | 3 | 7 | 4 |
| PIÉTONS MORTS ACCIDENTELLEMENT | 55 | 44 | 43 | 40 | 26 | 17 | 27 | 28 | 24 | 10 | 28 |
| NOYADES | 30 | 42 | 43 | 37 | 33 | 20 | 26 | 30 | 24 | 31 | 32 |
| ACCIDENTS D'AVION | 1 | 5 | 6 | - | 1 | 2 | 2 | - | - | 5 | 2 |
| ACCIDENTS À LA FERME | 5 | 5 | 4 | 4 | 8 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| HOMICIDES | 27 | 10 | 10 | 15 | 13 | 10 | 16 | 15 | 14 | 20 | 15 |
| ACCIDENTS DU TRAVAIL | 13 | 14 | 11 | 7 | 10 | 7 | 15 | 12 | 12 | 8 | 11 |
| SUICIDES | 107 | 90 | 83 | 67 | 91 | 105 | 86 | 83 | 103 | 76 | 89 |
| INCENDIES | 45 | 27 | 31 | 17 | 16 | 15 | 25 | 27 | 25 | 26 | 25 |
| MORTS AU BERCEAU | 21 | 19 | 21 | 17 | 9 | 20 | 20 | 13 | 5 | - | 15 |
| ACCIDENTS DE MOTONEIGE | 11 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| AUTRES | 65 | 62 | 79 | 57 | 56 | 33 | 49 | 78 | 26 | 14 | 46 |
| TOTAL | 558 | 541 | 530 | 419 | 444 | 347 | 423 | 320 | 337 | 340 | 426 |

... 21

## (D) RÉSUMÉ DES ENQUÊTES ET RECOMMANDATIONS

### ENQUÊTE N° 1

Une enquête a été menée le 9 février à Sussex par suite du décès d'un homme de 50 ans survenu en septembre 1989, à Plumweseep, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à des «fractures multiples survenues lorsqu'il a sauté d'un aérostat à une hauteur d'environ 45 pieds du sol», dans les circonstances suivantes : «en frappant des lignes à haute tension que l'aérostier n'a vues qu'au moment où il s'est retrouvé au-dessus des fils, ce qui ne lui a laissé d'autre choix que de sauter».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au président de la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick, au gestionnaire régional du Bureau canadien de la sécurité aérienne, Doug Shippee, aérostier agréé, et au président de la Canadian Balloon Association, étaient :

1) Que tous les fils électriques soient munis de marqueurs fluorescents;
2) que le faîte des arbres soit taillé aux environs des lignes électriques;
3) que les nacelles des aérostats soient munies d'un poste émetteur-receveur et qu'elles puissent communiquer avec la patrouille au sol et recevoir l'autorisation de la patrouille avant de descendre.

... 22

De plus, le coroner en chef a fait la recommandation suivante :

> Étant donné que les lignes à haute tension constituent l'un des obstacles les plus dangereux qui confrontent les aérostiers, l'aérostier doit, avant de faire sa montée, connaître parfaitement l'emplacement des lignes à haute tension dans le secteur de vol envisagé en observant personnellement le terrain dans le secteur en question ou en examinant les photos aériennes ou les cartes topographiques à jour sur lesquelles est clairement indiqué l'emplacement des lignes à haute tension. On doit pouvoir obtenir ces photographies aériennes ou cartes topographiques auprès de la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick.

Le président de la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick a répondu que les lignes électriques sont conçues, construites et entretenues conformément aux codes de sécurité applicables et aux exigences énoncées par l'Association canadienne de normalisation et le ministère fédéral des Transports. Étant donné qu'aucun code applicable n'exige de munir les lignes électriques de marqueurs fluorescents, le

... 23

président a répondu qu'il n'est ni nécessaire ni pratique de le faire. En ce qui concerne la deuxième recommandation, les précisions relatives au programme d'entretien normal suivi par Énergie Nouveau-Brunswick peuvent être fournies au besoin. Le président de la Commission d'énergie électrique du Nouveau-Brunswick a par ailleurs assuré le coroner en chef qu'Énergie Nouveau-Brunswick est disposée à aider les aérostiers à identifier les dangers associés aux lignes à haute tension.

Dans un communiqué de presse, le coroner en chef a reconnu que la mise en oeuvre des recommandations formulées par le jury du coroner aiderait beaucoup à diminuer les risques qu'un tel accident se reproduise. Il a cependant ajouté que l'aérostation serait encore plus sécuritaire si les aérostiers connaissaient bien les emplacements des obstacles dangereux dans le secteur de vol envisagé.

**ENQUÊTE N° 2**

Une enquête a été menée le 28 janvier à Saint-Jean par suite du décès d'une femme de 55 ans survenu en novembre 1987, dans un foyer de soins spéciaux de Saint-Jean.

Le jury du coroner a conclu que le décès était survenu des suites de «causes naturelles», dans les circonstances suivantes : «Elle est sortie et pendant qu'elle était dehors, elle a subi une crise cardiaque; elle s'est alors affaissée sur la pelouse avant, où elle est décédée».

... 24

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre de la Santé et des Services communautaires et au propriétaire du foyer de soins spéciaux, étaient :

1. Que le terme «spéciaux» dans l'expression foyer de soins spéciaux soit bien défini et que des lignes directrices soient énoncées. Si aucun soin «spécial», c'est-à-dire des services sortant de l'ordinaire, n'est fourni, l'appellation soins spéciaux ne devrait pas être utilisée.

2. Que la surveillance, surtout dans ce foyer, soit accrue. Un seul surveillant pour neuf résidents représente une proportion inacceptable.

3. Que les auxiliaires doivent avoir suivi au moins le cours de base de formation en premiers soins ainsi que le cours de RCP.

4. Qu'un ou qu'une infirmière immatriculée compétente visite régulièrement le foyer.

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que le terme «spéciaux» dans l'expression foyer de soins spéciaux se rapporte au fait que les personnes qui y résident ont besoin d'une certaine surveillance pour les aider à maintenir un degré suffisant de fonctionnement. Le Ministre a également répondu que la proportion d'un membre du personnel chargé des soins primaires pour neuf résidents est conforme aux lignes directrices du Ministère et que l'obligation pour les auxiliaires d'avoir suivi le cours de RCP pourrait être examinée à l'occasion du prochain examen ordinaire des normes du programme. Il a ajouté qu'il incombe aux travailleurs sociaux et

... 25

aux propriétaires ou exploitants de foyers de s'assurer que tous les résidents reçoivent promptement les soins médicaux et aient accès, selon un programme préétabli, à un médecin ou au service de soins infirmiers d'hygiène publique, selon les besoins.

ENQUÊTE N° 3

Une enquête a été menée le 25 mars à Hampton par suite du décès d'un homme de 78 ans survenu en février 1988, soit trois jours après un accident de voiture qui a eu lieu près de Quispamsis, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable aux «blessures résultant d'un accident de voiture survenu le 13 février 1988», dans les circonstances suivantes : «la victime est morte à la suite d'un arrêt cardiaque causé indirectement par l'accident de voiture susmentionné survenu le 13 février 1988 et décrit à l'enquête du coroner. Nous estimons que le véhicule de M. Kevin Spence roulait, de l'aveu de ce dernier, à une vitesse supérieure à la vitesse affichée. Pour ajouter à la situation dangereuse, il faut signaler que la route était glissante et dans un mauvais état». Le jury a également conclu qu'«il est notoire que la route à cet endroit en particulier donne lieu à de nombreux accidents et à des excès de vitesse».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre des Transports et au directeur des Services de police du ministère du Solliciteur général, étaient :

... 26

1) Nous recommandons que la vitesse limite dans les deux sens soit réduite à 70 km/heure, ce qui ne sera utile que si la limite de vitesse est vigoureusement appliquée par la police.

2) Nous recommandons par ailleurs que les accès au pont de la rivière Hammond soient marqués de façon appropriée par des feux jaune orange clignotants.

Le ministre des Transports a répondu que la vitesse limite sur la route n° 1 dans les environs immédiats du carrefour en question sera réduite de 80 km/heure à 70/heure. Le Ministre a également fait savoir que l'installation de feux alternatifs clignotants suspendus aux deux accès de la route n° 1 se fera aussi rapidement que le permet le calendrier des travaux. Il estime par ailleurs que l'installation d'un feu clignotant à l'accès au pont de la rivière Hammond en direction sud réduirait l'efficacité générale de l'installation existante au chemin de la rivière Hammond.

ENQUÊTE N° 4

Une enquête a été menée le 21 avril à Newcastle par suite du décès d'une femme de 44 ans, malade en phase terminale, survenu en janvier 1988 à l'hôpital Hôtel-Dieu de Chatham.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à un «arrêt de la respiration par asphyxie» dans les circonstances suivantes : «la femme est morte par suite de l'omission par le personnel infirmier de mettre le ventilateur en marche après la «procédure de succion».

... 27

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre de la Santé et des Services communautaires, au registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, au président de Medigas Atlantic Limited et aux directeurs exécutifs de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, de la Société médicale du Nouveau-Brunswick, du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et de l'hôpital Hôtel-Dieu, ainsi qu'aux autres hôpitaux du Nouveau-Brunswick, étaient :

1. a) Que l'hôpital adopte une politique claire établissant que les ventilateurs soient purgés sans être débranchés.

b) Que les ventilateurs soient munis d'une minuterie destinée à se substituer au système d'alarme audio pendant l'entretien.

2. Que l'hôpital adopte une politique établissant que l'infirmier ou l'infirmière surveillante de garde soit tenue d'aviser le coroner conformément à la réglementation hospitalière provinciale.

Le coroner en chef a ajouté la recommandation suivante :

3. Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, en consultation avec les associations professionnelles et les syndicats compétents, y compris l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, l'Association médicale du Nouveau-Brunswick et le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, entreprenne une étude générale sur les relais de 12 heures auxquels est affecté le personnel de la santé dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. L'étude devrait également comporter une analyse de la question de savoir si

... 28

la sécurité opérationnelle pourrait être compromise de quelque façon que ce soit par la fatigue ou d'autres facteurs associés ou attribuables aux relais de 12 heures.

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu qu'il avait demandé à son personnel d'examiner les recommandations n° 1 et n° 2 avec des experts externes en vue de déterminer si elles étaient réalisables, avant d'adresser à toutes les parties concernées des commentaires appropriés. Le Ministre a également fait savoir que la question de la sécurité opérationnelle des postes de 12 heures est une question nationale qui devrait être abordée dans le cadre des négociations collectives ainsi qu'à l'échelon fédéral-provincial.

**ENQUÊTE N° 5**

Une enquête a été menée le 17 mai à Campbellton par suite du décès d'un homme de 45 ans survenu en février 1988 au Centre hospitalier Restigouche, à Campbellton.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une «pendaison entraînant l'asphyxie» dans les circonstances suivantes : «l'homme s'est suicidé par pendaison».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre de la Santé et des Services communautaires et au directeur exécutif du Centre hospitalier Restigouche, étaient :

1. Que la politique concernant la surveillance des malades pendant les pauses café et les heures de repas soit réexaminée.

... 29

2. Que les malades manifestant des tendances suicidaires soient soumis à une surveillance plus étroite pendant les cinq ou six premiers jours de l'admission.

3. Que le poteau servant aux intraveineuses sur lequel le défunt s'est pendu soit remplacé par quelque chose qui ne peut supporter un poids de plus de 15 à 20 livres.

4. Que les serrures des toilettes soient remplacées par des serrures pouvant être ouvertes (de l'extérieur) par les préposés aux soins, s'ils estiment nécessaire de le faire.

Le coroner en chef a ajouté les mots entre parenthèses pour mettre la recommandation dans le contexte de la preuve présentée à l'enquête.

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que les mesures appropriées ont été prises pour donner suite aux recommandations et qu'il espère que des décès semblables seront évités.

**ENQUÊTE N° 6**

Une enquête a été menée le 1er juin à Black's Harbour par suite du décès de cinq hommes et une femme survenu en avril 1988 à Pennfield, au Nouveau-Brunswick. Les victimes ont péri dans une collision entre deux véhicules. Les victimes étaient âgées respectivement de 17, 18, 19, 21 et 22 ans.

Le jury du coroner a conclu que les victimes avaient succombé à des «blessures résultant d'un accident de la route à la voie d'évitement est de la route n° 1 à Seely's Cove» dans les circonstances suivantes : «conduite insouciante du véhicule circulant en direction ouest (Monte Carlo)».

... 30

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre des Transports, étaient :

1. Que des feux soient installés par précaution au carrefour est de Seely's Cove pour éviter d'autres accidents.

2. Que les véhicules soient munis d'un dispositif de sécurité qui garde les phares allumés lorsque le moteur est mis en marche.

Le ministre des Transports a répondu que l'installation d'un luminaire à ce carrefour est injustifiée. Sa décision se fonde sur le fait que la circulation est peu dense à ce carrefour et que les deux accidents connus survenus à cet endroit au cours des six dernières années n'auraient probablement pas été évités en dépit de la présence de luminaires. En réponse à la recommandation n° 2, le Ministre a fait savoir que par suite d'une entente fédérale-provinciale, à compter de janvier 1990, tous les nouveaux véhicules seront munis d'un commutateur «automatique» destiné à allumer les phares.

ENQUÊTE N° 7

Une enquête a été menée le 13 juin à Woodstock par suite du décès d'une femme et de cinq hommes survenu en mai 1988. Les victimes ont péri dans un incendie de maison à Johnville, au Nouveau-Brunswick. Les victimes étaient âgées respectivement de 25, 40, 47, 48 et 52 ans.

... 31

Le jury du coroner a conclu que les victimes avaient succombé «à l'intoxication par l'oxyde de carbone et à l'inhalation de fumée», dans les circonstances suivantes : «mort accidentelle dans un incendie».

La recommandation du jury, qui a été communiquée au Prévôt des incendies du Nouveau-Brunswick, était :

> 1. Que le bureau du Prévôt des incendies du Nouveau-Brunswick mette en oeuvre un programme visant à doter les vieilles maisons de la province de dispositifs de sécurité incendie, à savoir les extincteurs, les détecteurs de fumée, l'installation appropriée d'équipement de chauffage au bois et en assurer le bon usage.

Le Prévôt des incendies a accusé réception de la recommandation et étudie la faisabilité de sa mise en oeuvre.

**ENQUÊTE N° 8**

Une enquête a été menée le 15 juin à Saint-Jean par suite du décès d'un adolescent de 12 ans, survenu en mai 1988, pendant que la victime conduisait une moto à Saint-Jean.

Le jury du coroner a conclu que l'adolescent avait succombé à une «hémorragie massive par suite d'un traumatisme à l'abdomen causé par un objet contondant», dans les circonstances suivantes : «mort accidentelle dans une mésaventure à moto».

Les recommandations du jury du coroner, qui ont été communiquées au ministre des Transports, au directeur des Services de police, au ministère du Solliciteur général, à la mairesse de la cité de Saint-Jean et au président de la Saint John Suzuki, étaient :

1. Que si cet accident a régulièrement mis en cause ce modèle (une motocyclette Suzuki 1981, modèle DS 50) comme l'a indiqué le détective Thorne (il en possède une), pourrait-on demander au manufacturier qu'il conçoive un meilleur système de freinage.

2. Que les parents s'assurent que leurs enfants apprennent à bien conduire les motos.

3. Qu'on institue à l'égard de ces véhicules tout-terrain un système d'autorisation pour les moins de 16 ans qui les conduisent ainsi qu'un système d'immatriculation. Qu'une amende soit infligée aux parents, si le véhicule n'est pas immatriculé.

4. Qu'on organise une sorte de rodéo accompagné d'une inspection pour les motos comme le font les différents services de police ou les groupes de service en ce qui concerne les bicyclettes.

Le ministre des Transports a répondu que la Loi sur les véhicules tout-terrain est en train d'être réexaminée et que les recommandations du jury seront prises en considération dans le cadre de ce réexamen.

Le directeur par intérim des Services de maintien de l'ordre du ministère du Solliciteur général a soumis à l'examen de l'Association des chefs de police du Nouveau-Brunswick, du commandant de la Division «J» de la GRC et du chef de la

... 33

Patrouille routière du Nouveau-Brunswick le texte des recommandations du jury du coroner.

**ENQUÊTE N° 9**

Une enquête a été menée le 27 juin à Saint-Jean par suite du décès d'une femme de 27 ans à l'Hôpital régional de Saint-Jean des suites d'un accouchement.

Le jury du coroner a conclu que la femme avait succombé à une «péritonite accompagnée d'une lésion cérébrale ischémique» et qu'il s'agissait d'une «mort naturelle» survenue dans les circonstances suivantes : «rupture du diaphragme, dont la cause est inconnue».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre de la Santé et des Services communautaires, au directeur exécutif de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et au registraire du Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, étaient les suivantes :

1. Nous recommandons qu'en raison de la gravité et de la complexité de ce problème médical en particulier et du fait qu'il survient rarement après l'accouchement, la Société médicale du Canada en soit informée de façon à mieux sensibiliser la profession médicale à la possibilité de sa survenance.

2. Nous recommandons que le bureau du coroner soit avisé immédiatement lorsqu'une personne est déclarée être dans le coma dépassé.

... 34

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que son ministère verra à ce que ce cas soit porté à la connaissance de la profession médicale. Il est ressorti des communications ultérieures que la revue Canadian Journal of Surgery avait accepté l'article préparé par le chef de la chirurgie et le résident en chirurgie de l'Hôpital régional de Saint-Jean et que la revue publierait l'article en temps voulu.

**ENQUÊTE N° 10**

Une enquête a été menée les 15 et 16 novembre à Chatham Head, au Nouveau-Brunswick, par suite du décès de deux hommes âgés respectivement de 43 et de 65 ans survenu en novembre 1987 au cours d'une altercation.

Le jury du coroner a conclu que la première victime avait succombé à des «blessures causées par une seule balle à la poitrine», dans les circonstances suivantes : «Homicide; il est mort instantanément des suites d'un seul coup de fusil de calibre 32 à la poitrine, tiré à bout portant, qui a entraîné la rupture des deux poumons et du coeur».

Le jury du coroner n'a formulé aucune recommandation.

Le jury du coroner a conclu que la deuxième victime avait succombé à une «coupure à la gorge», dans les circonstances suivantes : «Homicide; sa gorge avait été tailladée avec un couteau et il est mort d'effusion de sang».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au Solliciteur général du Canada, à la Commission nationale des libérations conditionnelles, aux Services correctionnels du Canada, à la Gendarmerie royale du Canada, au directeur des Services de maintien de l'ordre et au directeur des Services correctionnels du ministère du Solliciteur général du Nouveau-Brunswick, étaient :

1. Qu'un profil détaillé du libéré conditionnel soit envoyé aux autorités compétentes en temps voulu afin que des préparatifs puissent être faits avant son arrivée à la nouvelle destination et à la date de son arrivée.

2. Qu'après le départ du libéré conditionnel, on téléphone pour s'assurer qu'il est arrivé à destination à l'heure prévue.

3. Qu'une photographie soit incluse dans tous les cas lorsque les antécédents criminels (ou le casier judiciaire CIPC) sont demandés.

4. Que des lignes directrices précises soient établies pour régir la sélection des libérés conditionnels soumis à la surveillance obligatoire ainsi que les conditions de résidence.

5. Que les renseignements concernant le libéré conditionnel soient communiqués à la police et aux organismes privés.

6. Qu'un condensé chronologique du casier judiciaire du libéré conditionnel apparaisse au début du dossier du détenu pour en faciliter l'accès.

Tous les organismes ont répondu qu'une attention particulière sera accordée aux recommandations du jury du coroner. La Gendarmerie royale du Canada a répondu que pour des

... 36

raisons financières, il ne sera pas possible de mettre en oeuvre dans un proche avenir le système envisagé par la recommandation n° 3.

ENQUÊTE N° 11

Une enquête a été menée le 20 juillet à Moncton par suite du décès d'un homme de 23 ans survenu en janvier 1988. L'homme était incarcéré au pénitencier de Dorchester, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que le décès était attribuable à une «asphyxie», dans les circonstances suivantes : «par pendaison».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au directeur du pénitencier de Dorchester, au commissaire adjoint régional aux Services correctionnels du Canada et au directeur des Services correctionnels du ministère du Solliciteur général du Nouveau-Brunswick, étaient :

1. Que des caméras de surveillance soient installées dans les cellules d'isolement où des prisonniers qui auraient des tendances suicidaires sont détenus.

2. Que les conduites et autres objets qui pourraient supporter le poids d'une personne soient enlevés ou fermés dans toutes les cellules.

3. Que les souliers des prisonniers soient munis d'une fermeture velcro et non de lacets.

4. Que les installations d'éclairage dans les cellules soient installées et entretenues de façon que les détenus ne puissent y avoir accès.

... 37

5. Que les membres du personnel soient sur les lieux jour et nuit et pas seulement jusqu'à 15 h.

Le directeur du pénitencier de Dorchester a répondu qu'une attention particulière a été accordée aux recommandations du jury du coroner et que ces recommandations ont été mises en oeuvre, à savoir que des caméras de surveillance ont été installées dans l'unité de ségrégation administrative, que les conduites ont été retirées des cellules, que tous les détenus manifestant des tendances suicidaires et placés sous surveillance auraient des souliers sans lacets et que depuis janvier 1988, cette unité est surveillée en permanence par les membres du personnel. Le directeur a en outre ajouté que les installations d'éclairage sont inviolables par les détenus et qu'elles sont soumises à un programme d'entretien préventif.

**ENQUÊTE N° 12**

Une enquête a été menée le 22 juillet par suite du décès d'un homme de 33 ans survenu en mai 1988. L'homme est tombé d'un passage supérieur en construction dans la région de Saint-Jean.

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à des «traumatismes multiples au corps», dans les circonstances suivantes : «une chute accidentelle qui aurait pu être évitée si des mesures adéquates de sécurité avaient été appliquées».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre des Transports, à la présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick et au gérant de A.G.S. Enterprises Ltd., étaient :

... 38

1. Que lorsque des travaux sont entrepris sur un passage supérieur franchissant une voie publique, la circulation devrait être détournée en permanence jusqu'à ce que tous les travaux soient terminés afin que des mesures adéquates de sécurité soient appliquées pour la sécurité des employés et du public, ces mesures pouvant comprendre des filets de sécurité, des échafaudages, des traîneaux et des planchers provisoires.

2. Que le nombre d'employés ne devrait pas être un facteur déterminant dans la constitution par les compagnies et les employés (ensemble) de comités de sécurité et dans la tenue régulière de réunions de sécurité.

3. Que les coûts ne devraient pas constituer un facteur déterminant lorsque la sécurité des employés est en jeu ni dans la mise en place d'un équipement de sécurité lorsque le temps est un facteur de coût.

4. Que le ministère de la Santé et la Commission de l'hygiène au travail prennent des règlements énonçant les modalités appropriées d'installation de filets de sécurité.

La présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick a répondu que la Commission continuera à surveiller ce genre de projet de construction et ordonnera aux employeurs et au ministère des Transports de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Ces mesures pourraient comprendre le détournement de la circulation. Bien que l'employeur jouisse d'une certaine souplesse pour déterminer comment la santé et la sécurité des employés sera assurée, les règlements d'application révisés de la Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail, qui sont dans la dernière phase de rédaction, préciseront plus clairement la responsabilité de l'employeur pour installer les filets de sécurité.

... 39

En outre, la présidente a indiqué qu'en ce qui concerne la recommandation n° 2, il est presque impossible d'établir des comités de sécurité lorsqu'il n'y a que quelques employés, mais que cela n'a pas pour effet d'empêcher la tenue des réunions de sécurité pour lesquelles la Commission a déjà établi des lignes directrices.

Le ministre des Transports a répondu que les recommandations du jury ont été notées et communiquées au coordonnateur de la sécurité de son ministère ainsi qu'au personnel chargé de concevoir les contrats de cette nature et d'en surveiller l'exécution.

**ENQUÊTE N° 13**

Une enquête a été menée les 6, 7 et 8 juillet à Campbellton par suite du décès d'une femme de 44 ans survenu en juin 1987 à l'unité des soins intensifs de l'Hôpital régional de Campbellton.

Le jury du coroner a conclu que la femme avait succombé à un «infarctus grave du myocarde de la paroi inférieure», dans les circonstances suivantes : «des suites d'un arrêt respiratoire résultant directement de l'infarctus grave du myocarde de la paroi inférieure».

De l'avis du coroner en chef, la recommandation du jury dépassait les cadres de l'enquête du coroner. La recommandation était irrégulière en ce qu'elle identifiait une personne et que

la responsabilité était insinuée. Partiellement en réponse à cette situation, il a été rappelé à tous les coroners du Nouveau-Brunswick qu'il ne convient pas, en principe, pour un organisme public autre qu'un tribunal de se prononcer formellement sur la responsabilité juridique. On leur a également demandé de protéger avec vigilance les droits et libertés de toutes les personnes qui auraient pu être liées directement ou indirectement au décès d'une personne.

**ENQUÊTE N° 14**

Une enquête a été menée le 6 octobre à Perth-Andover par suite du décès d'un homme de 39 ans survenu en avril 1988. L'homme a fait une chute dans une résidence de la réserve indienne de Tobique, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à des «blessures à la tête et à une coupure et à des écorchures au côté droit de la figure», dans les circonstances suivantes : «mort accidentellement, en essayant de s'aider à monter l'escalier du sous-sol pendant qu'il tentait d'ouvrir la porte, il a perdu l'équilibre et est tombé par derrière».

Le jury du coroner n'a formulé aucune recommandation.

... 41

**ENQUÊTE N° 15**

Une enquête a été menée le 30 septembre à Saint-Jean par suite du décès d'une femme de 67 ans survenu en juin 1988 pendant qu'elle était patiente à l'Hôpital régional de Saint-Jean.

Le jury du coroner a conclu que la femme avait succombé à une «insuffisance cardiaque» et qu'il s'agissait d'une «mort naturelle».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées au ministre de la Santé et des Services communautaires, au directeur exécutif de l'Hôpital régional de Saint-Jean et au directeur exécutif de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, étaient :

1. Que le technicien auxiliaire en réanimation avait une formation insuffisante. Que le technicien auxiliaire en réanimation devrait passer un examen d'aptitude avant d'être autorisé à travailler sans surveillance.

2. Que le programme de soins du malade soit imprimé (et mis à jour) au début de chaque relais et utilisé pendant les rondes d'évaluation des malades.

3. Que l'absence ou l'omission des renseignements concernant les soins donnés au malade ainsi que l'évolution de son état peuvent être attribués au manque de personnel au relais de minuit.

Dans ce cas, nous sommes d'avis que le manque de soins n'était pas la cause directe du décès, bien que les changements susmentionnés pourraient éliminer des problèmes à l'avenir.

... 42

Le ministre de la Santé et des Services communautaires a répondu que les recommandations du jury seront examinées et que le résultat de ses analyses seront communiqués au coroner en chef.

**ENQUÊTE N° 16**

Une enquête a été menée du 28 novembre au 5 décembre, à Saint-Jean, par suite du décès d'un homme de 24 ans survenu en avril 1988 à l'Hôpital régional de Saint-Jean.

Le jury du coroner a conclu que l'homme avait succombé à une «bronchopneumonie bilatérale aiguë» dans les circonstances suivantes : «Les changements survenus dans ses poumons et qui sont reliés à son travail semblent avoir contribué au décès».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail et à la Saint John Foundry Ltd., étaient :

1. Que tous les ventilateurs existants soient en bon état de fonctionnement et mis en marche pendant la coulée.

2. Que les fenêtres inférieures soient ouvertes pour aider à l'ascendance de l'air au niveau du plancher et que des fenêtres soient installées les unes en face des autres de chaque côté de la fonderie au rez-de-chaussée et que les trois ouvertures supérieures soient fermées.

3. Que le masque anti-poussières n° 10 et les masques filtrants à boîte soient portés durant la période de décochage et à tout moment pendant le meulage.

... 43

4. Que les chargeurs de cubilots quittent la plate-forme de chargement pendant la désulfurisation du métal dans la poche de coulée.

5. Que les règles relatives à l'hygiène et à la sécurité soient appliquées à la Saint John Foundry.

En outre, le coroner a formulé la recommandation suivante :

6. Que les règles et règlements établis par la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick soient strictement appliqués en vue d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs au lieu du travail. Ces règles et règlements devraient et doivent être appliqués.

**ENQUÊTE N° 17**

Une enquête a été menée le 16 novembre, à Sussex, par suite du décès de deux hommes âgés respectivement de 31 et 39 ans survenu en octobre 1988 à la mine Denison, à Salt Springs, au Nouveau-Brunswick.

Le jury du coroner a conclu que les victimes avaient succombé à des «blessures graves par broyage de la tête, du torse et de l'abdomen», dans les circonstances suivantes : «effondrement accidentel de rocher au cours de travaux miniers».

Les recommandations du jury, qui ont été communiquées à la présidente de la Commission de l'hygiène et de la sécurité au travail du Nouveau-Brunswick et au directeur général de la Denison-Potcan Potash Company, étaient :

... 44

1. Que les surveillants de premier niveau soient tenus de vérifier les endroits de forage de façon plus systématique.

2. Que les mineurs reçoivent une meilleure formation en géologie et que chaque poste comprenne une personne ayant une formation experte pour décider si le forage peut continuer en toute sécurité.

3. Que l'accessibilité à la machine de boulonnage au lieu de forage soit améliorée et, si possible, avoir la machine Marinette à tout moment.

4. Que des lignes directrices plus strictes concernant le boulonnage soient basées sur les normes minimales pour rendre le boulonnage nécessaire et empêcher toute discrétion. Cela devrait éliminer toute possibilité d'erreur humaine.

5. Que les lignes directrices et les recommandations du Comité conjoint de l'hygiène et de la sécurité doivent être suivies et respectées strictement.

Les recommandations précises du Comité conjoint de l'hygiène et de la sécurité étaient :

1. Que tous les conducteurs de foreuse suivent les instructions figurant sur les feuilles d'observation géologique établies et distribuées chaque jour par le groupe de services techniques.

2. Que les conducteurs doivent s'efforcer de suivre la zone de contact du minerai «D» et ne pas tailler dans l'halite supérieure.

3. Qu'on ait beaucoup plus recours aux sondes au moyen de barres de purgeage dans toutes les galeries et dans les environs immédiats des machines d'abattage.

4. Que tous les terrains peu sûrs et ébouleux soient identifiés et signalés, et que le terrain soit conditionné le plus vite possible.

5. Qu'en cas de bruits inhabituels de mouvement du sol, les foreuses cessent leurs opérations et que les environs immédiats soient inspectés en toute sécurité.

... 45

Le directeur général de la Denison-Potcan Potash Company a répondu que les recommandations du Comité conjoint de l'hygiène et de la sécurité ont toutes été incorporées dans les procédures normales de la compagnie. De plus, les recommandations du jury ont été respectées, même si l'intervention humaine est nécessaire pour la prise de bonnes décisions en matière d'exploitation minière.